

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No

35

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert MEYRAT

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Né le 1^{er} Février 1907 à Reims-Marne

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET AU TRAITEMENT
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Président de thèse : M. MARION, Professeur

PARIS

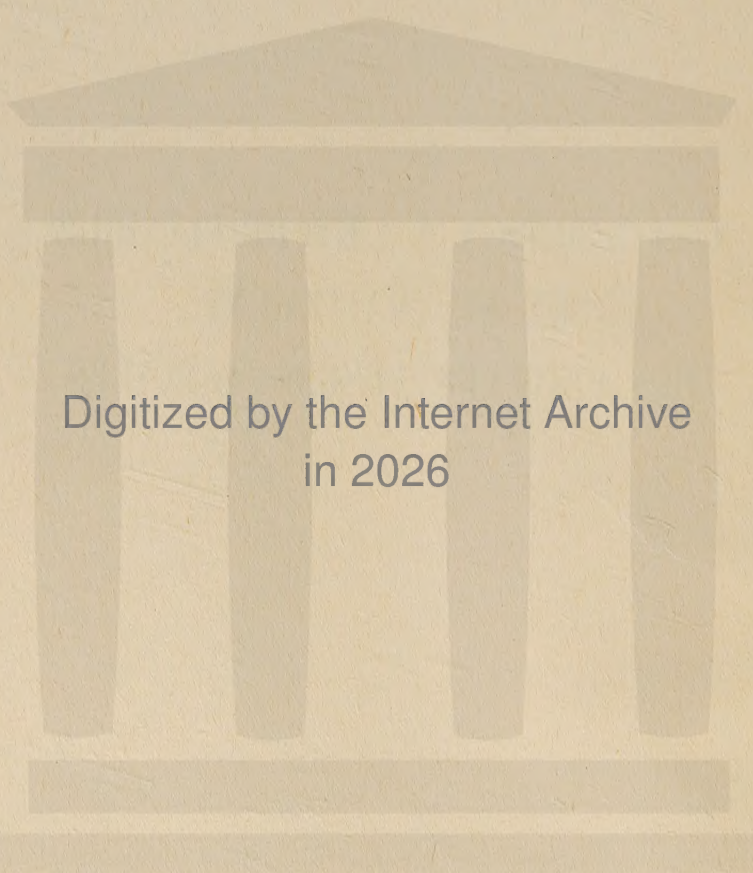
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
ET AU TRAITEMENT
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547502_0070

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert MEYRAT

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET AU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Président de thèse : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26. Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Professeur sans chaire

ROUVIERE.
GREGOIRE.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
LENORMANT.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE.
FIESSINGER.
Maur. VILLARET.
CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.
DELBET.
CUNEO.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
Léon BERNARD.
SERGENT.
MAUCLAIRE.
MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUIANINE. trie.
AUBERTIN ... Pathologie médicale.
BENARD Henri. Pathologie médicale.
BROcq Pathologie chirurgicale.
BRULE Neurologie et Psychiâ-
BUSQUET Pathologie médicale.
CADENAT Pharmacologie.
..... Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT ... Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri..	Hygiène.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psihiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE.	Parasitologie.
REITTERER ...	Histologie.
ZIMMERN ...	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU ...	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT ...	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLE	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE,

A MES PARENTS

Affectueux témoignage de ma
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY LARDENNOIS

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Reims,
Membre correspondant
de la Société Nationale de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur.*

A qui je dois le meilleur de mon éducation chirurgicale. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour les conseils et les encouragements qu'il m'a toujours prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BILLARD

*Professeur de Pathologie Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Reims,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Dont l'exemple m'a fait comprendre la devise : « *Cito, tuto, et jucunde* ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL MORANGE

*Médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui m'a enseigné la tradition médicale et guidé de ses conseils toujours bienveillants. Témoinage de ma reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
LE DOCTEUR GEORGES MARION,
Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de la Société Nationale de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de mon profond respect.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, sur le point de quitter ce vieil Hôtel-Dieu de Reims, témoin de notre longue initiation dans l'art de soulager la souffrance humaine, nous considérons comme un devoir de rendre un public hommage à notre Maître, le Docteur Henry Lardennois, Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine.

Dans le service où sont passés naguère ces grands noms de la chirurgie : Deces, Doyen, Adrien Pozzi, c'est lui qui nous dévoila les secrets mécanismes de la lutte contre la mort, qui nous apprit au chevet des malades à mettre en pratique nos connaissances livresques, et nous donna souvent la joie intime et profonde de pouvoir penser : « Nous avons guéri ». Dirai-je aussi qu'il nous enseigna les paroles qui font espérer les mourants, les attitudes à prendre qui rendent confiance à ceux qui ne guériront plus « *opus divinum sedare dolorem* ».

Stagiaire, externe, interne enfin, nous avons eu pendant quatre ans le bonheur de suivre ses leçons cliniques, d'admirer et d'apprécier ensuite son habileté opératoire, ses techniques particulières qu'il nous exposa

toujours avec une extrême bienveillance dans leurs moindres détails. Avec lui et avec le Docteur Jean Billard, Professeur de Pathologie externe, nous avons appris à connaître un peu et à aimer la chirurgie, non pas seulement et uniquement la chirurgie à grand appareil — je n'ose écrire à « grand spectacle » — telle qu'elle apparaît dans une hystérectomie, une gastrectomie, une amputation magistrale, mais surtout la chirurgie réparatrice et conservatrice, celle qui sauve à la fois le patient, et lui conserve la fonction.

En effet, le Docteur Lardennois nous a appris surtout à guérir en conservant. Certes, couper un membre, enlever un estomac, extirper en un bloc un utérus et ses annexes, ou tailler hardiment dans la masse du cerveau, voilà de belles opérations qui mettent toujours en vedette le chirurgien dont la science, l'habileté, le sang-froid, permettent la réussite rapide et élégante. Mais combien nous semble plus belle, plus humaine, la chirurgie qui s'attache à l'humble et fastidieux labeur de réparation, qui, par des artifices souvent impromptus, s'efforce de conserver dans son intégrité la nature et la vie.

Il est assurément des affections, gangrènes ou tumeurs, qui commandent de graves mutilations, mais tout en reconnaissant leur absolue nécessité, nous souhaitons que l'avenir permette d'être plus économe de la chair et du sang humains, et nous inclinons pour le moment

avec une ardente préférence vers les opérations réparatrices.

Nous aimons les restaurations, besognes que d'aucuns considèrent comme peu attrayantes, parce qu'elles sont souvent moins brillantes, moins bien réglées dans leurs détails que les opérations mutilantes. Elles exigent plus de patience, plus d'habileté peut-être, cependant. Leur résultat, à première vue, n'est pas toujours si « esthétique ». Un petit bassin, vidé de son contenu et soigneusement péritonisé, est, je n'en disconviens pas, la meilleure des garanties contre la récurrence d'une salpingo-ovarite. Il peut être plaisant à voir au chirurgien, plus que la masse suintante et tomenteuse d'ovaires labourés de pointes de feu. Mais l'avenir est juge, et la chirurgie conservatrice n'aura pas ôté à une femme tout espoir de maternité.

Nous pourrions dire aussi qu'une véritable jambe, peut-être un peu raide, est préférable à une belle jambe de bois, qu'une « pince » faite à grand'peine d'un pouce et d'un index conservés, vaut encore mieux qu'un beau moignon. Mais à quoi bon multiplier les exemples ?

N'ayant en vue que l'intérêt de l'être qui souffre, sans souci de recueillir pour notre virtuosité l'admiration d'une galerie, nous sommes pour la chirurgie modestement humaine. Et c'est animé de cet état d'esprit, qui est celui de notre Maître, que nous avons été amené à choisir comme sujet de thèse, l'histoire clinique et le traitement des fistules vésico-vaginales.

INTRODUCTION

La fistule vésico-vaginale, lésion essentiellement due à une perte de substance plus ou moins étendue de la cloison intervésico-vaginale, est une affection grave, non seulement en elle-même par les troubles fonctionnels qu'elle conditionne et les complications auxquelles elle expose, mais encore par la répercussion morale, par le désarroi qu'elle apporte souvent dans l'esprit de la malheureuse qui s'en trouve affligée.

Il s'agit presque toujours de femmes encore jeunes, dont la vie avait été jusque-là normale, qui se trouvent du jour au lendemain obligées de s'astreindre à des précautions et à des soins de tous les instants, pour pouvoir tant bien que mal se faire supporter des personnes de leur entourage. Perdant leurs urines, continuellement mouillées et irritées par l'eczéma qui complique presque toujours la lésion initiale, répandant une odeur repoussante, ces malheureuses en arrivent à ne plus penser qu'à leur infirmité, leur esprit sans cesse tendu vers la recherche d'un problématique soulagement, se détourne de toute autre pensée. L'idée fixe s'installe, le moral s'affecte, et l'on voit sombrer dans la neurasthénie ces êtres à qui hier encore souriait l'existence.

Aussi la femme affligée de fistule vésico-vaginale vient-elle au chirurgien comme vers son sauveur, plus souvent pour être délivrée de son obsession, que pour échapper à un mal dont elle ignore la gravité ultérieure. Et tel est le désir d'être guéries qui pousse ces malheureuses, que beaucoup n'hésitent pas à subir interventions après interventions, pour acheter leur délivrance. Car — naguère du moins, avant que le Professeur Marion n'ait réglé méticuleusement chaque point de son opération — il fallait souvent au chirurgien opérer plusieurs fois, cinq, sept, dix fois et plus, avant de pouvoir enfin guérir. Encore, si les récidives s'en venaient à être trop nombreuses, la fistule était-elle proclamée incurable, et la femme abandonnée à son malheureux sort, ou contrainte d'accepter l'une de ces tristes opérations palliatives : le colpocleisis ou l'épisiorraphie qui la retranchait à jamais de son sexe.

Telle éventualité est aujourd'hui à peu près inconnue ; la méthode de restauration des fistules vésico-vaginales, l'opération par voie transvésicale, telle que l'a créée le Professeur Marion et que l'a exposée Viollet dans sa thèse soutenue devant la Faculté de Paris en 1921, entre tant d'autres, a fait ses preuves. Tout chirurgien peut maintenant porter un secours efficace à celles qui viennent à lui.

Nous voudrions apporter ici la contribution de quelques observations de fistules vésico-vaginales opérées et guéries selon la méthode générale du Professeur

Marion, et en même temps faire connaître quelques points particuliers de technique, relatifs au diagnostic et à l'opération de ces fistules dont nous avons eu sous les yeux quelques exemples traités par le Docteur Henry Lardennois, notre Maître, avec les moyens forcément réduits, d'un service non spécialisé.

Il ne nous semble pas inutile faire auparavant une étude rapide de cette affection, puis des diverses méthodes opératoires dirigées contre elle, notre intention étant d'essayer de faire une mise au point actuelle de la question du traitement des fistules vésico-vaginales.

ETUDE DE LA LESION

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fistule vésico-vaginale est une communication pathologique entre la vessie et le vagin, par suite d'une perforation de la cloison intervésico-vaginale. Voyons comment est constituée normalement cette cloison.

La face postéro-inférieure de la vessie est en rapport dans son tiers supérieur avec le col de l'utérus. Dans tout le reste de son étendue, elle repose sur le vagin. La paroi vésicale est séparée du col utérin par un tissu cellulaire assez lâche qui permet de séparer aisément les deux organes. Au-dessous du col de l'utérus, la face postéro-inférieure de la vessie répond directement à toute la moitié supérieure de la face antérieure du vagin, et les deux organes accolés constituent la cloison vésico-vaginale par le contact même de leurs faces.

La vessie étant ouverte, la cloison vésico-vaginale répondra à la zone de la muqueuse étendue sur deux travers de doigt de large sur la ligne médiane, depuis le sommet du triangle de Lieutaud jusqu'à trois travers de doigt du bord supérieur de l'organe. Du côté du vagin, la cloison vésico-vaginale répondra à la zone de

muqueuse étendue du cul-de-sac vaginal antérieur jusqu'à la partie moyenne de l'organe qui répond elle-même à l'origine de l'urètre, soit au sommet du triangle de Lieutaud.

Une coupe transversale pratiquée dans cette cloison la montre constituée, en allant de la vessie vers le vagin :

1° — Par la paroi propre de la vessie, soit :

a) la muqueuse vésicale, comportant un épithélium pluri-stratifié et un chorion conjonctivo-élastique, dont la partie profonde est assez lâche et peut se déplacer quelque peu sur le plan musculaire sous-jacent.

b) le muscle vésical lui-même.

2° — Par un tissu conjonctif, en haut, peu serré, unissant la paroi vaginale à la paroi vésicale, au milieu duquel cheminent les rameaux vasculaires venant des artères vésicales inférieures et des vaginales, et où passent les uretères, en bas par un tissu plus dense unissant solidement vessie et vagin, et ce clivant difficilement.

3° — Par la paroi propre du vagin, soit :

a) la tunique musculo-élastique, plexus de fibres lisses, en général disposées en faisceaux circulaires, environnées de tissu conjonctif très abondant et très élastique ;

b) la muqueuse vaginale, très adhérente au muscle, sans sous-muqueuse, présentant des saillies et des crêtes,

correspondant à des relèvements musculaires sous-jacents (colonnes du vagin).

La perforation, habituellement unique, peut siéger à une hauteur variable, depuis le col de l'utérus jusqu'au col de la vessie. Lorsqu'elle intéresse le col elle-même, elle est dite « vésico-cervicale ». Située plus bas que le col de la vessie, elle devient « uréthro-vaginale » : ces deux variétés sortent du cadre de notre étude. Assez souvent, la fistule s'ouvre très haut dans le cul-de-sac antérieur, tout près du col utérin : on la nomme alors « juxta-cervicale ». Ordinairement située sur la ligne médiane, la fistule peut cependant être latérale, et dans ce cas elle serait plus fréquente à droite. (Neugelbauer, Spielgelberg).

Ses dimensions sont quelquefois si infimes, que la fistule ne peut être aperçue et localisée que par un artifice de diagnostic (injection de liquide coloré dans la vessie) ; d'autres fois, elle admet un ou deux doigts, et la perte de substance arrive même à être si considérable que la cloison vésico-vaginale peut être disparue en totalité : il s'est fait alors un véritable cloaque.

La forme de la fistule est variable : orifice punctiforme, fente transversale, large baie ovalaire à grand axe transversal ou oblique.

Il n'y a, à proprement parler, pas de « trajet fistuleux », il n'y a qu'un orifice (Leguen) : « Les deux muqueuses, vaginale et vésicale, se continuent directement, il n'y a pas, comme dans les autres fistules, un

trajet intermédiaire : il n'y a qu'un orifice. Ce fait est dû, non seulement au peu d'épaisseur de la cloison, mais encore à ce que la muqueuse vésicale s'enroule ordinairement un peu du côté du vagin, formant selon l'expression de Verneuil, une sorte d'ectropion. Dans les fistules larges, cette disposition est encore plus accentuée, la muqueuse vésicale fait du côté du vagin un bourrelet rougeâtre et les orifices urétéraux peuvent être entraînés par ce prolapsus de la muqueuse vésicale ».

SYMPTOMATOLOGIE

Un seul signe, capital : l'écoulement de l'urine par le vagin, apparaît sitôt la fistule constituée. Si la fistule est large, la vessie largement ouverte dans le vagin, toute l'urine passe par la brèche, et la malade ne présente plus de mictions spontanées. Si par contre on a affaire à une fistule punctiforme, la vessie peut retenir une partie des urines, et la malade, tout en présentant un fâcheux écoulement aura encore des mictions spontanées (cas de la malade objet de notre observation IV).

L'écoulement par le vagin peut être intermittent et se trouver influencé par la position de la malade. Ainsi une fistule du bas-fond vésical ne donnera d'écoulement que dans la station verticale, et celle située près du col, seulement dans la position couchée (Bégouin et Papin). Si, au lieu d'être médiane, la fistule est latérale, l'écoulement s'arrête dès que la femme se couche sur le côté opposé. Parfois il arrive que dans la station verticale,

la partie supérieure de la vessie, déprimée par la pression de la masse intestinale, vient faire tampon sur une fistule haut située et l'obture momentanément (Legueu).

Notons, enfin, que certaines malades parviennent à retenir leurs urines dans le vagin en serrant les cuisses, et par l'action des muscles constricteurs de la vulve, quand celle-ci est assez étroite. Dans ce cas, il n'y a plus écoulement, c'est la présence habituelle de l'urine dans le vagin qui constitue le signe de la fistule vésico-vaginale.

L'urine émise par la malade, d'abord limpide et sans caractères particuliers, se modifie rapidement. Bientôt elle devient trouble, ammoniacale, indice d'une infection vésicale inévitable, d'une cystite due aux nombreux microbes venus du vagin. Ceci n'est que le premier pas vers une série de complications qui vont survenir à brève échéance si le chirurgien n'intervient pas.

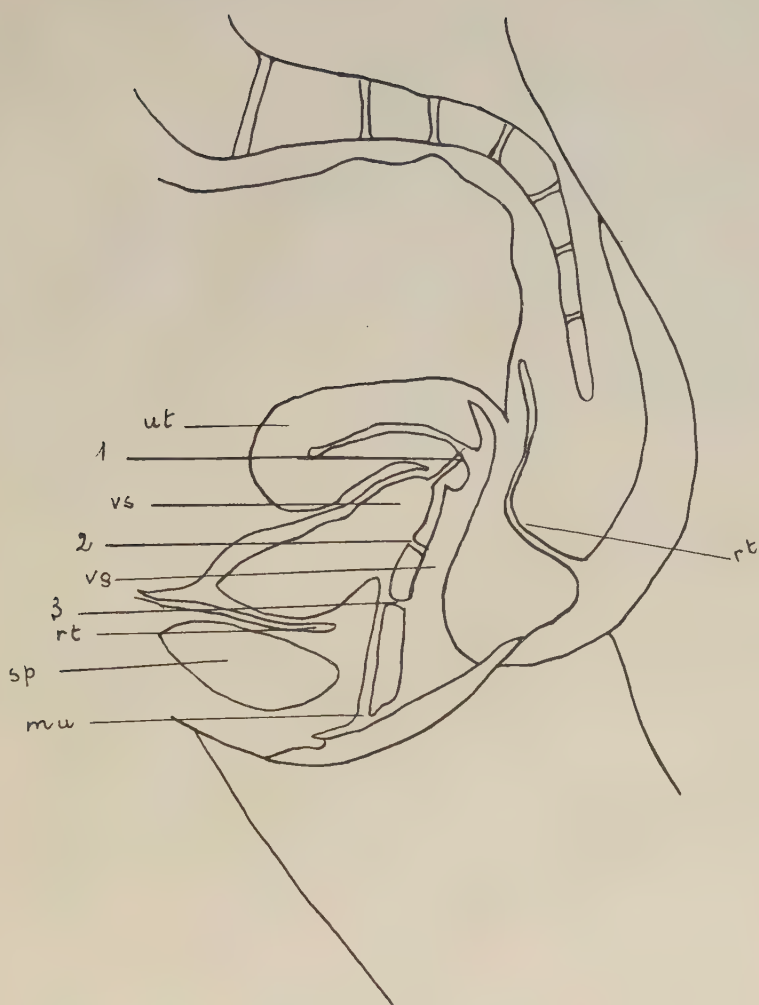
ÉVOLUTION SPONTANÉE ET PRONOSTIC

« Pendant les trois premiers mois qui suivent la perforation vésicale, surtout si elle est de petites dimensions, l'oblitération spontanée est possible » (Begouin et Papin). Nous verrons plus loin, lorsque nous parlerons du traitement, le peu d'espoir qu'il faut fonder sur cette heureuse éventualité.

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les bords de la fistule, formés par la muqueuse vésicale éversée, entourés d'une plage de tissus cicatriciels, n'ont aucune

tendance à se rapprocher, et la fistule une fois formée, est définitive. L'écoulement de l'urine par cette nouvelle voie se fait continuellement, le vagin devient une dépendance de l'appareil urinaire et n'étant pas adapté à cette fonction accidentelle, divers accidents se produisent, que nous allons passer en revue.

Et d'abord, l'infection. Par voie ascendante, remontant le cours de l'urine, les microbes qui pullulent dans le vagin,ensemencent la cavité vésicale : saprophytes banaux qui deviennent virulents, colibacilles, entérocoques, staphylocoques, micrococcus ureæ. L'urine subit la fermentation ammoniacale dans la vessie, puis dans ce milieu devenu alcalin, les pyogènes se développent, surtout le colibacille. Le processus infectieux peut ne pas rester localisé à la vessie, et gagner successivement les uretères, les bassinets, et le rein lui-même. Schiffman et Szamek, d'après treize observations personnelles publiées dans la « Wiener Klinische Wochenschrift » (tome XXXVIII, n° 3, 6 juin 1925) et relatives, il est vrai, à des fistules urétéro-vaginales, pensent que les lésions inflammatoires suppurées du rein, sont transmises par voie uniquement canaliculaire. M. André Richard qui rapporte leur article dans le « Journal de Chirurgie », de juin 1926 (tome XXVII, n° 6), émet l'opinion qu'il s'agit de la voie sanguine et lymphatique d'abord — associée ou non à la voie intracaniculaire. — Mais quel que soit le mode de propagation de l'infection, l'urétrite, puis la pyélonéphrite, sont, malheureusement,



Disposition schématique des fistules

Légende. — ut : utérus — 1 : fistule cervico-vésicale.
 vs : vessie — 2 : fistule vésico-vaginale.
 vg : vagin — 3 : fistule uréthro-vaginale.
 rt : cavité de Retzius — sp : symphyse
 pubienne.
 mu : méat urétral — rt : rectum.

l'aboutissement de la fistule vésico-vaginale laissée à elle-même. Et la pyélonéphrite peut entraîner la mort si elle est bilatérale.

Ensuite, l'irritation dûe au cours nouveau de l'urine. La vessie, perdant son rôle de réservoir, n'étant plus distendue périodiquement, se rétracte et ses parois s'épaississent. Souvent l'urine trouble et alcaline y précipite, et ainsi se forment de douloureux calculs. Le vagin, au début, supporte assez bien le contact de l'urine, puis à la longue sa muqueuse s'irrite et s'enflamme ; le canal vaginal se sclérose, se rétrécit, parfois s'incruste de sels calcaires, ou devient le siège d'une infection qui peut s'étendre au col, à l'utérus et aux trompes elles-mêmes. D'autre part, l'écoulement permanent de l'urine toujours alcaline, par la vulve incontinente, détermine bientôt au périnée, à la face interne des cuisses, dans le sillon inter-fessier, l'apparition d'un érythème prurigineux, puis d'un eczéma tenace contre lequel tous les topiques sont de peu d'effet tant que la cause qui l'engendre constamment n'est pas supprimée.

Et enfin, l'atteinte du moral de la malheureuse, qui parfois songe au suicide pour échapper à son supplice. Pourtant dans la majorité des cas, quand tout se borne à des phénomènes de cystite banale, la santé générale n'est pas atteinte, la conception peut avoir lieu, et l'accouchement normal se produire. Mais la fistule qui continue à être une infirmité pénible, peut un jour devenir un danger.

ÉTIOLOGIE

Hormis quelques cas assez rares que nous mentionnons cependant, les fistules vésico-vaginales reconnaissent pour causes les accouchements laborieux, ou apparaissent, après certaines opérations chirurgicales, sur les organes du petit bassin, après l'hystérectomie élargie surtout. D'où leur classification étiologique en fistules obstétricales et fistules chirurgicales.

A. — *Fistules obstétricales*

Elles sont de deux sortes encore. Les unes se forment en quelque sorte spontanément, au cours d'un travail qui traîne en longueur ; les autres, qui s'apparentent aux fistules chirurgicales, sont dues à la blessure de la cloison inter-vésico-vaginale par un instrument tel que le forceps, le basiotribe, le cranioclaste.

Etudions le mécanisme de la formation des premières : « Lorsque, par suite du volume exagéré de la tête, de l'étroitesse du bassin, ou d'une présentation vicieuse, le travail se prolonge, la tête arrêtée longtemps au détroit inférieur écrase les tissus sous la symphyse pubienne et détermine leur sphacèle en un point ». (Bégouin et Papin). La zone d'attrition des tissus étant au point de tangence d'une calotte de sphéroïde (la tête), et d'un plan (pubis), est théoriquement un point. En fait, elle dépasse rarement la surface d'une pièce de cinquante centimes. Il s'y forme d'abord une escarre qui passe inaperçue, perdue au fond des voies génitales

meurtries par l'accouchement. Cette escarre, tout d'abord, partie intégrale de la cloison, ne modifie pas son imperméabilité, ce n'est qu'une semaine, dix jours après l'accouchement, qu'elle se détache en bloc, limitée par un sillon d'élimination, et qu'elle laisse à sa place une perte de substance qui n'aura aucune tendance à se combler spontanément. W. Latzko, de Vienne, attribue dans l'apparition des fistules vésico-vaginales post-partum, un rôle prépondérant à la constitution même des tissus. Le même auteur signale également la fréquence de cette lésion chez les femmes israélites, fréquence qu'il explique par l'étroitesse particulière de leurs diamètres pelviens.

« Le siège de la fistule obstétricale spontanée est variable, et dépend de la situation de la vessie et de l'urètre par rapport à la symphyse pubienne, au moment où la tête s'arrête dans sa descente et comprime longuement les tissus. Le plus souvent, c'est la cloison vésico-vaginale qui est écrasée et la fistule qui en résulte est la fistule vésico-vaginale commune. Quelquefois, l'orifice externe du col n'a pas encore passé au-dessus de la tête fœtale, et c'est la paroi antérieure du col qui est comprimée : la fistule est alors véciso-cervicale. Exceptionnellement la vessie remonte au-dessus du pubis en entraînant l'urètre, c'est alors la paroi inférieure de celui-ci qui est lésée, et la fistule est urétro-vaginale. Lorsqu'au contraire la vessie est entraînée très bas, c'est sa partie postéro-inférieure

qui est comprimée : les uretères se sphacèlent dans leur trajet intravésical, et la fistule est urétéro-vaginale ». (Bégouin et Papin).

C'est par ce mécanisme, compression prolongée de la cloison vésico-vaginale par une tête de volume anormal que s'est faite la fistule, objet de notre première observation.

Notre seconde observation, qui a trait à une fistule survenue à la suite d'une pubiotomie, en montre un exemple qui s'apparente au deuxième groupe des fistules obstétricales — celles qui sont dues à la bles-sure de la cloison par un instrument tel que le basio-tribe, le cranioclaste, ou même le forceps. — Nous avons vu, en effet, une fois, la tige de traction d'une branche du Tarnier, décrochée du palonnier, se ficher dans la paroi antérieure du vagin, et transpercer l'urètre. Enfin, il peut y avoir encore rupture de la cloison vésico-vaginale, par distension et éclatement, comme il y a déchirure du périnée ou de la cloison recto-vaginale.

B. — Fistules chirurgicales

Elles sont connues seulement depuis la fin du XIX^e siècle, depuis qu'on pratique les grandes opérations sur les organes du pelvis. La plupart sont consécutives à l'hystérectomie, surtout à l'hystérectomie élargie pour cancer du col, qui demande au chirurgien, avec une connaissance absolue de l'anatomie de la région où il

opère, la plus grande sûreté de main : voyons plutôt ce qu'en écrit le Docteur J.-L. Faure :

« L'hystérectomie large est une opération qui ne souffre pas la médiocrité. On vient toujours à bout d'une hystérectomie pour fibrome ou pour annexite. On en vient à bout bien ou mal, vite ou lentement, avec élégance ou avec maladresse, mais enfin on en vient à bout, et la malade guérit. Malheureusement, pour un cancer du col, il n'en est pas de même... » (Sur quelques points de technique dans le traitement du cancer du col utérin *in* livre jubilaire offert au Professeur Emile Forgue).

L'hystérectomie fundique ou supra-vaginale, n'expose pas à la blessure de la vessie. Il arrive qu'en libérant un kyste ou un fibrome inclus dans le ligament large, ou en pinçant les utérines, on dénude dangereusement ou on blesse un uretère. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une opération de Wertheim pour cancer du col, ou quand on pratique l'hystérectomie vaginale.

Dans le Wertheim, pour enlever d'un seul bloc l'utérus, les annexes, le paramètre et le col, on doit minutieusement décoller la vessie et isoler sur quelques centimètres, la face postéro-inférieure de la vessie, du dôme vaginal. Si le processus cancéreux n'est pas trop avancé, le clivage de cette lame vésico-vaginale se fait bien, mais si le néoplasme a déjà altéré les tissus de la région, le clivage se fait mal, et il arrive que la paroi vésicale, la partie terminale des uretères, se trouvent dénudées

de trop près, n'employa-t-on que la compresse. Les tissus, privés alors de la circulation nourricière, se sphacèlent, et la fistule se crée rapidement : le lendemain même de l'intervention, quelquefois au bout de deux ou trois jours.

Ce fait de dépouiller de trop près la face postéro-inférieure de la vessie et des uretères nous semble être plus souvent que la ligature des hypogastriques, la cause des fistules post-opératoires. Les artères vésicales inférieures et vaginales taries par la ligature des hypogastriques peuvent-elles déterminer le sphacèle d'une zone de la cloison ? C'est peu probable : il est permis de se demander d'ailleurs pourquoi le sphacèle frapperait plutôt qu'une autre parmi tout le territoire nourri par les hypogastriques, cette région particulièrement, où les rameaux venus des honteuses externes peuvent encore pénétrer ? Le Docteur J.-L. Faure aurait-il écrit : « J'ai toujours conseillé, je pratique presque toujours, et je conseille encore, la ligature des hypogastriques », s'il croyait risquer d'exposer les nombreuses malades qu'il opère du cancer du col, à cette triste complication : la fistule vésico-vaginale ?

Nous retiendrons, en somme, du mécanisme de formation de la fistule chirurgicale : la blessure directe des organes par la pince ou les ciseaux lors de l'intervention, le dépouillement mené de trop près de la paroi vésicale postéro-inférieure et nous y ajouterons les

lésions d'ulcération causées par les drains et les mèches laissés en place après les interventions.

C. — Fistules reconnaissant des origines diverses

La cloison inter-vésico-vaginale peut être perforée directement par un corps étranger traumatisant : ainsi un pessaire, parfois un obturateur anti-conceptionnel dont l'usage s'est répandu en Allemagne, peut l'ulcérer à partir du vagin, un calcul à partir de la vessie. Quelquefois, la fistule peut succéder à une taille vaginale ou être faite de propos délibéré pour combattre les douleurs d'une cystite (Bégouin et Papin). L'extension d'un processus cancéreux du col ou de la vessie à la cloison, l'a pu perforer encore, de même qu'une ulcération tuberculeuse ou une lésion gommeuse, mais ce sont là de très rares éventualités. Plus rares encore sont les cas où la fistule a pour point de départ une bilharziose vésicale ou un abcès péri-vaginal.

Fréquence relative de ces diverses étiologies. — Viollet cite, dans sa thèse, au total soixante-six observations qui se répartissent ainsi :

- fistules post-puerpérales : 29;
- fistules post-opératoires : 32;
- fistules reconnaissant une autre étiologie : 5.

Saenger, de Munich, en huit ans, a observé treize fistules vésico-vaginales et trois fistules vésico-cervicales :

- 9 étaient consécutives à une hystérectomie totale.
- 2 à une césarienne vaginale.
- 2 à une perforation et cranioclasie.
- 1 à une césarienne extra-péritonéale.
- 1 au port d'un pessaire.
- 1 à une application de forceps.

(Compte rendu du XXI^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, *in* (Archiv. für Gynacologie », tome XXVIII, fasc. 3, 1919, p. 921-924).

Nous rapportons ici huit cas nouveaux :

- 4 on trait à des fistules post-puerpérales.
- 4 sont des suites d'opérations chirurgicales.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'à la suite d'une intervention chirurgicale sur les organes du pelvis, ou dans les jours qui suivent un accouchement laborieux, on s'aperçoit que la malade « se mouille », on ne doit pas affirmer d'emblée qu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale.

L'incontinence simple s'observe parfois à la suite d'interventions sur l'utérus, succédant ou non à une période de rétention : ceci s'observe principalement après les anesthésies rachidiennes. Il peut arriver aussi que l'on prenne pour de l'urine — au moins au début — un écoulement abondant, hydrorrhée séreuse due à une plaie lymphatique du col ou du fond du vagin. Monod rapporta au X^e Congrès de Chirurgie, en 1896, le cas d'une opérée qui perdait par jour, un litre de liquide lymphatique.

La plupart du temps, le liquide qui souille abondamment la malade et s'écoule continuellement, est bien de l'urine. Il s'agit d'une fistule urinaire dont il faut maintenant préciser le siège, ce que l'on fera quand la convalescence, déjà avancée, permettra à la femme d'aller et venir sans fatigue.

On remarquera d'abord l'abondance de l'écoulement, s'il persiste ou non des mictions spontanées, si l'urine s'écoule plutôt quand la femme est debout que couchée, et en position latérale droite plutôt qu'en position latérale gauche. Ainsi on obtiendra déjà quelques indications sur la grandeur et le siège de la perte de substance.

Ce peut être simplement une fistule de l'urètre : l'urine ne s'écoule dans le vagin qu'au moment des mictions qui demeurent spontanées. Souvent une sonde métallique brillante, introduite par le méat jusque dans la vessie, peut être aperçue lors de l'examen au spéculum à travers la solution de continuité de la paroi uréthro-vaginale ; bien mieux, elle peut se glisser par une « fausse route » sans importance à travers la fistule même, et pointer dans le vagin.

Si l'écoulement pathologique est continu, qu'il persiste d'ailleurs ou non des mictions spontanées, la fistule peut encore être urétéro ou vésico-vaginale.

S'il s'agit d'une fistule urétéro-vaginale, n'intéressant qu'un urètre, il persiste des mictions spontanées, et la quantité d'urines normalement émises équivaut sensiblement à la quantité d'urines perdues. Nous verrons

qu'une injection de liquide coloré poussée par l'urètre dans la vessie ne passe généralement pas dans le vagin, mais ce fait n'est pas absolu, le reflux vésico-urétéral peut avoir lieu quelquefois, si la fistule est très proche de l'abouchement de l'uretère dans la vessie. Il est rare que la fistule intéresse les deux uretères : en ce cas, la perte de substance souvent énorme a détruit toute la région de la base du trigone, elle est perceptible au doigt qui explore, et largement visible dans la suite de l'examen, la vessie n'existe plus fonctionnellement, l'écoulement est incessant.

Sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie, on pratiquera le toucher vaginal qui permettra parfois de percevoir la brèche, mais bien souvent les parois du vagin rétréci et cicatriciel présentent au doigt plusieurs anfractuosités parmi lesquelles la fistule est perdue, ou bien le vagin est souple et spacieux, mais l'orifice fistulaire est si fin qu'il est imperceptible au doigt.

De toute façon, il faut recourir à l'examen direct au spéculum, ou à l'aide de valves vaginales. L'idéal serait certainement de pouvoir cathétériser le court trajet. A la vérité, c'est souvent inutile, et parfois impossible. Les fistules larges, de la grosseur d'une lentille jusqu'aux plus grandes, s'observent bien à l'examen direct au spéculum, la femme étant en position gynécologique. Mais pour découvrir les petites fistules ou les fistules siégeant au voisinage du col utérin, il faut recourir à des artifices.

On commencera par la recherche de l'orifice vaginal. La patiente sera placée en position gynécologique, puis en position genu-pectorale de Depage, puis en position latérale de Sims. Une valve vaginale de Doyen, avec laquelle on fera abaisser successivement les parois du vagin, permettra de donner du jour. S'il le faut, et en agissant avec prudence, on pourra au moyen d'une pince de Museux, abaisser doucement le col pour examiner le cul-de-sac antérieur. Il faut y voir clair, car la fistule est peut-être punctiforme, cachée sous un repli de muqueuse. On aura recours au photophore ou au miroir de Clar. On déplacera souvent la valve ou le spéculum qui peut par sa pression obturer la fistule que l'on cherche.

Il est pratique de pousser par l'urètre dans la vessie, une injection de liquide coloré : solution de bleu de méthylène, de permanganate de potasse, ou plus simplement lait bouilli. Alors, si l'écoulement vaginal devient bien visible, le diagnostic de fistule vésico-vaginale est certain, et on a sous les yeux son orifice vaginal. Mais si la fistule est très petite, elle peut encore passer inaperçues, et il faut la chercher patiemment, en appliquant çà et là, sur la muqueuse, des fragments de papier buvard blanc (Pozzi) ou des tampons de coton montés (Lardennois) qui se teinteront au contact de l'orifice. Une fois la fistule repérée, on peut la cathétériser avec une bougie filiforme.

Il est avantageux de pouvoir examiner l'orifice vésical

de la fistule. De sa situation par rapport au triangle de Lieutaud, plus ou moins rapprochée de l'abouchement des uretères, on pourra présager la délicatesse de l'intervention prochaine. Il est donc désirable de pouvoir faire une cystoscopie. Si, évidemment, la fistule est apparue béante dans le vagin, la vessie est absolument incontinente et ne peut retenir les quelques cent centimètres cubes d'eau nécessaires à la distendre pour l'examen. Mais si la fistule est étroite, la vessie peut, provisoirement, retenir le liquide qu'on y injecte, d'autant plus qu'on aura eu la précaution de tasser dans le vagin des tampons vaselinés.

Pour repérer facilement la fistule au cystoscope, quand la vessie est assez continente pour qu'on pratique la cystoscopie, le Doteur Lardennois recommande de placer dans le vagin un gros tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution forte de bleu de méthylène. Ainsi le colorant diffusant par la fistule la rend aisément visible.

La cystoscopie décellera, en outre, éventuellement, les calculs et les polypes qui pourraient se trouver dans la vessie, elle permettra l'examen des uretères et, le cas échéant, leur cathétérisme.

La fistule étant diagnostiquée et repérée, on préparera la malade pour l'intervention.

CURE OPÉRATOIRE

« La cure d'une fistule vés.co-vaginale qui ne reconnaît pas pour cause un néoplasme ou une tuberculose

en évolution, doit toujours être entreprise » (Marion). Elle va consister à suturer séparément la muqueuse vésicale et la muqueuse vaginale. Nous verrons combien ces choses si simples à dire sont difficiles à réaliser, à combien de méthodes le chirurgien a eu recours, avant que l'une d'elles ait donné des résultats sur lesquels on puisse toujours compter.

Et d'abord, a-t-on quelques chances de voir la lésion guérir sans intervention ? S'il est vrai que les fistules vésico-utérines ont une tendance à guérir spontanément (Martin et Schultze), il n'en est pas de même des fistules vésico-vaginales.

Sans doute, on a pu voir des fistules haut situées et très étroites, se fermer par la simple sonde à demeure (Child) et la position en décubitus ventral, mais ce sont là de très rares exceptions. Essayée pour les malades, objets de nos observations I et IV, la sonde à demeure n'a pas donné de résultat. Presque toujours, la perte de substance qui troue la cloison vésico-vaginale n'a aucune tendance à se réparer d'elle-même.

Mais, quand le chirurgien doit-il intervenir ? Pas avant trois mois au moins, à dater de l'apparition de la fistule, pour avoir de bons tissus, qu'on puisse disséquer et cliver, que les fils ne déchirent pas. Il faut savoir résister aux objurgations des malades qui ont hâte d'être délivrées de leur infirmité.

On attendra que la cicatrisation du col et du vagin soit complète si la fistule résulte d'un traumatisme

obstétrical, que les tissus contus par l'accouchement aient repris leur souplesse. Si la fistule a suivi une opération chirurgicale, un Wertheim, on n'entreprendra sa cure que le jour où la cicatrisation sera jugée complète, de la profondeur à la surface, quand l'état général sera suffisamment rétabli, et qu'il ne persistera absolument plus aucune suppuration.

Alors, des soins minutieux devront présider à la préparation de la malade.

LES SOINS PRÉOPÉRATOIRES

Depuis qu'on emploie, pour la cure des fistules vésico-vaginales, la voie transvésicale, le procédé de Marion, les soins préopératoires ont un peu perdu de leur importance. Au temps où la seule voie d'accès à la fistule était la voie vaginale, ceux-ci conditionnaient, pour une grande part, le succès de l'intervention. Malgré le progrès énorme que marque dans l'histoire de la cure des fistules vésico-vaginales la méthode de Marion, et quoiqu'ils aient perdu ici leur importance de premier plan, il est toujours bon, toujours prudent, avant d'intervenir, d'avoir soigneusement préparé la patiente. D'ailleurs, la voie vaginale encore employée souvent, les réclame toujours impérieusement.

Il faut savoir mettre de son côté le maximum de chances de succès, écarter autant que possible, les causes d'infection qui désuniraient les sutures. On traitera donc d'abord la cystite, puis on pratiquera une soigneuse désinfection du vagin, qu'on sera souvent

obligé de dilater par ailleurs, et on traitera l'eczéma, s'il y a lieu.

Pour combattre la cystite, il faudra diluer, acidifier et aseptiser les urines. Comme diluants, on administrera les tisanes diurétiques habituelles : buchu, uva ursi, stigmates de maïs; les balsamiques: bourgeons de sapin. La réaction acide sera rétablie par l'administration pendant quatre ou cinq jours, d'acide benzoïque sous forme de benzoate de soude à la dose de deux grammes par jour, par prises de cinquante centigrammes, en cachets, associé ou non au carbonate de lithine. Enfin, l'asepsie urinaire sera obtenue par cet excellent agent anti-infectieux qu'est l'urotropine ; on l'administrera pendant une semaine au moins, à la dose de un gramme et demi par vingt-quatre heures, sous forme de comprimés, ou bien associé au bleu de méthylène en cachets, selon la formule :

Urotropine 0 gr. 50

Bleu de méthylène 0 gr. 05 pour un cachet.

On pourra avoir recours aussi aux vaccins anti-pyogènes polyvalents, et surtout anti-colibacilles. Si l'urine est très purulente, il faudra faire quelques lavages vésicaux à l'aide de la seringue de Guyon: on emploiera l'eau boricuée, l'oxy-cyanure de mercure à 4 pour 1.000. Les lavages pourront être suivis d'une instillation d'huile goménolée, jamais de nitrate d'argent qui pourrait provoquer par sa causticité des brûlures de la muqueuse vaginale, en passant par la fistule.

En même temps — même si on ne doit pas intervenir par là — on veillera à désinfecter le vagin où pullulent les germes qui réinfecteraient la vessie. La muqueuse en est toujours irritée par le contact de l'urine ammoniacale ; le col, même, peut présenter des lésions de métrite qu'il importe de guérir au plus tôt. Mais l'accès n'en est pas toujours commode, car le vagin est souvent rétréci par des brides cicatricielles, les tissus sclérosés ont perdu leur élasticité. Il faudra donc pratiquer une dilatation progressive du conduit vaginal et en assouplir les parois. On y arrivera par l'introduction journalière dans sa cavité, de mèches et de tampons imbibés de glycérine boratée d'abord, puis, plus tard, de boules de bois dur soigneusement stérilisées (Bozeman).

Nous nous sommes servi pour cet usage, à la clinique chirurgicale de l'Hôpital Civil de Reims, d'œufs en bois soigneusement bouillis et passés à la vaseline goménolée. Il est facile de s'en procurer un jeu de tailles régulièrement croissantes, depuis la grosseur d'un petit œuf de poule jusqu'à celle d'un gros œuf de cane. Leur introduction en est aisée, et leur extraction des plus faciles : il suffit de les accrocher par le petit bout à l'aide d'une pince de Pozzi. Ces œufs de bois donnent une bonne dilatation et sont très bien supportés par la malade.

Le vagin étant dilaté, l'aseptie du col utérin sera le fait de quelques ovules à l'ichtyol.

Autant que possible, on calmera l'irritation causée au périnée et à la face interne des cuisses par le contact de l'urine, à l'aide de bains de siège, et par l'application de pommade à l'oxyde de zinc et de poudres inertes : talc, carbonate de bismuth.

Il sera bon également, avant d'intervenir, et pour ne rien laisser à l'imprévu, de doser l'urée sanguine et de prendre la tension artérielle de la malade, précaution importante d'autant qu'on utilisera vraisemblablement la rachi-anesthésie.

Enfin, pendant les trois jours qui précéderont l'opération, on administrera chaque jour, quatre grammes de chlorure de calcium en potion, afin de réduire au minimum, l'hémorragie opératoire.

LES OPERATIONS CURATIVES

Les difficultés considérables qui surgissent lorsqu'il s'agit pour le chirurgien d'oblitérer une fistule vésico-vaginale, ont fait que bien des méthodes pour accéder à la lésion et pour la traiter, ont vu le jour, avant que l'une d'elles, longuement étudiée et minutieusement réglée, n'ait fait indiscutablement ses preuves et puisse être appliquée dans tous les cas.

On comprendra que le problème qui consiste à aborder, puis à suturer la fistule, ait pu recevoir autant de solutions si diverses, en considérant la complexité elle-même de ses données. D'abord, la situation de la lésion « au fond d'un puits », difficile à exposer et à éclairer convenablement ; ensuite, la constitution elle-même du tissu dans lequel le chirurgien doit travailler : tissu de cicatrice, sans élasticité, pauvrement vascularisé ; et enfin, le contact permanent des urines qui baignent la plaie opératoire et désunissent les sutures, pour un peu que quelques germes d'infection y demeurent.

Il serait tout de même arbitraire de vouloir établir une classification chronologique des divers procédés opératoires, et de dire : « On a eu recours, tout d'abord, à la voie vaginale, ensuite à la voie transpéritonéale, ou

ischio-rectale, enfin, à la voie sus-pubienne transvésicale ». Ce serait transformer en loi une simple tendance. A la vérité, si le procédé actuel de Marion, par voie transvésicale, tend à supplanter les autres, bien des chirurgiens recourent encore à d'autres voies, appliquent d'autres méthodes, qui pour être moins simples n'en sont pas moins très anatomiques, et donnent également de belles guérisons.

Nous les exposerons donc avec quelques détails, avant d'en arriver à la méthode de Marion, vers laquelle inclinent nos préférences à la suite de notre Maître.

Successivement, nous parlerons de la voie vaginale, de la voie ischio-rectale, de la voie transpéritonéale, de la voie transpéritonéo-vaginale, de la voie abdomino-vaginale, et enfin de la voie sus-pubienne transvésicale, sans vouloir tirer autre chose de cette classification, qu'une méthode d'exposé.

Pour terminer, nous étudierons brièvement les opérations palliatives qui, tout en conservant la fistule, ne tendent qu'à en supprimer le symptôme : le flux continu des urines.

LA VOIE VAGINALE

Seule utilisée avant l'ère antiseptique, ce fut incontestablement la première employée ; elle s'adressait aux fistules obstétricales et demandait naturellement

des soins préopératoires méticuleux. C'est la plus simple, celle qui demande le moins d'appareil, par laquelle on accède naturellement à la lésion.

Par le vagin, Jobert de Lamballe exécute, en 1834, l'élytroplastie, procédé qui consistait à obturer la fistule à l'aide d'une greffe, d'un lambeau emprunté aux grandes lèvres, à la cuisse, à la fesse, et mis en place après avivement des bords de la fistule (*Gazette Médicale de Paris*, 1836). Il eut un succès et fut imité par Velpeau, Leroy d'Etiolles, Gerdy.

En 1845, il créa la cystoplastie, procédé par glissement, employé dans son principe il y a peu d'années encore, par Th. J. Watkins, de Chicago (*Surgery gynecology and obstetrics*, vol. XL, n° 2, février 1925, rapporté par M. Guibé *in* *journal de chirurgie*, tome XXVI, n° 1, juillet 1925).

Watkins opère ainsi :

« Le col utérin étant attiré au dehors, on pratique une incision allant de l'orifice urétral jusqu'au col, encadrant de chaque côté l'orifice de la fistule, et terminée en bas par une incision horizontale. Les deux lambeaux ainsi dessinés sont disséqués très loin sur les côtés et en isolant la vessie au besoin ; l'incision et la ligature des ligaments larges peuvent être utilisées pour libérer la partie supérieure de la vessie. La vessie est alors largement mobilisée sur l'utérus, d'une part, et vers l'urètre, d'autre part, de façon à permettre l'élévation de la fistule vers le méat urinaire. On taille autant

que possible un lambeau formé d'aponévrose et de fascia destiné à recouvrir et à protéger la suture de la vessie. On suture ensuite par dessus la muqueuse vaginale, en prenant soin de ne pas raccourcir ou rétrécir le vagin ».

En 1857, Bozeman (de Montgomery), vint faire connaître, en France, la méthode de Marion Sims, dite méthode américaine : c'était l'avivement suivi de suture directe. Bozeman plaçait sa patiente en position genu pectorale, sur une table qu'il avait imaginée. Le traitement comprenait trois temps : la préparation, longue, mais élément capital du succès, assouplissement et dilatation du vagin ; l'avivement « en cuvette » des bords de la fistule ; la suture aux fils d'argent.

Le procédé de Fergusson-Bracquehay (1893) tient à la fois du dédoublement et de l'avivement. On commence par un dédoublement fait de la périphérie vers l'orifice fistuleux, à l'inverse du dédoublement ordinaire ; puis, faisant faire charnière aux lambeaux ainsi créés, on les refoule vers la vessie. Un premier plan de suture au catgut non perforant maintient le refoulement, reconstituant ainsi le réservoir vésical ; au-dessous, la suture du vagin laissé avivé par le dédoublement, vient constituer le second plan (Bégoïn et Papin).

Un grand progrès fut réalisé par Duboué, de Pau, en 1864, qui créa la méthode du dédoublement. Il fut suivi : en France, par Ricard, Legueu, Loumeau ; à l'étranger : par Herf, Saenger, Fritsch, Makenrodt, Walcher, Féno-

ménoff. Bien qu'assez inconstante dans ses résultats, exposant à des récidives nombreuses (Codercque cite le cas d'une malade ayant subi dix-huit interventions) elle est encore suivie de nos jours, à cause de sa bénignité, et de sa grande simplicité. Disons tout de suite qu'entre les mains du Professeur Legueu ou de Bengoléa, de Buenos-Ayres, elle continue à fournir un nombre impressionnant de guérisons.

Le Professeur J.-L. Faure n'emploie que la méthode du dédoublement, et s'aide d'un artifice opératoire curieux :

« Je crois avoir guéri toutes mes malades, dit-il, dont quelques-unes, il est vrai, après deux ou trois opérations, et je me demande si ces succès presque constants ne tiennent pas à un de ces artifices, qui n'est pas nouveau, puisqu'il m'a été enseigné par Verneuil, que j'emploie toujours et qui me paraît oublié des jeunes : il s'agit de la suture au crin de Florence dont chaque chef est passé dans les trous d'un petit bouton de chemise en porcelaine ou en nacre, et arrêté par l'écrasement d'un tube de Galli. Cette façon de procéder permet l'accolement large et facile des lambeaux ; l'enlèvement des points de suture est très aisé. Je suis convaincu que cet artifice est pour quelque chose, sinon pour beaucoup, dans la régularité des succès obtenus. Il y a lieu de le faire sortir de l'oubli dans lequel il paraît tombé. » (Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, t. LIV, n° 25, 21 juillet 1928, p. 1030).

La bonne exposition de la région est un facteur important du succès.

La position gynécologique habituelle étant parfois insuffisante, on peut essayer la position ventrale de Depage, qui souvent facilite l'intervention ou même, dans le cas de vagins étroits et rétractiles, avoir recours à la voie vaginale élargie, inciser latéralement jusqu'aux ischions pour obtenir du jour, imitant le procédé de Cunéo et Picot pour l'ablation du cancer du col utérin par voie basse.

Le rétropulseur que Gourdet, de Nantes, a présenté au Congrès de Chirurgie de 1931, pourra rendre des services : l'instrument, introduit fermé, par l'urètre, dans la vessie, s'y déploie en deux ailes de papillon ; on le fait alors basculer en avant, et il amène à la vulve, la paroi vésico-vaginale largement étalée.

Malgré tout, l'opération par voie vaginale reste un procédé aveugle. M. Antonopoulos, d'Athènes, apporte au XLI^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, une statistique de cinquante cas où il a employé avec succès la voie vaginale, même dans les cas de fistules larges ou voisines du trigone. Mais il met en garde contre la ligature possible des uretères et même contre la blessure d'une anse intestinale qui serait suivie de fistule : il a personnellement observé trois fois cet accident.

La technique, elle-même, du dédoublement est trop connue pour que nous l'exposions ici ; nous préférons

entrer dans quelques détails au sujet d'une voie oubliée : la voie ischio-rectale, mais, auparavant, il nous faut citer un dernier procédé utilisant la voie vaginale, celui de Freund.

« Il consiste à fermer la fistule au moyen de l'utérus abaissé et renversé sur lui-même par une incision faite dans le cul-de-sac postérieur : la face postérieure de l'utérus devenue antérieure, est suturée aux lèvres de la fistule, et, chose curieuse, aucune des quatre malades opérées par Freund n'a eu à souffrir de la torsion imprimée à l'utérus » (Legueu).

LA VOIE ISCHIO-RECTALE

Aujourd'hui, complètement délaissée, puisque nous n'avons pas trouvé dans la littérature contemporaine, d'observations s'y rapportant, la voie ischio-rectale a été préconisée et réglée par Michaux, pour aborder les fistules hautes, juxta-cervicales. Il en exposa ainsi la technique au Congrès de Chirurgie, en 1892 :

« La patiente sera placée en position latérale de Sims. Parallèlement au sillon inter-fessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, incision de dix centimètres environ, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus, et finissant en avant au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne. Cette incision conduit dans la graisse

ischio-rectale, facile à décoller et ne rencontre que les vaisseaux et nerfs hémorroïdaux inférieurs faciles à ménager.

« La graisse refoulée, on a sous les yeux au fond de l'incision, la partie supérieure de la face latérale du vagin, recouverte supérieurement par les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus. Le doigt, introduit dans le vagin, n'est plus séparé que par la paroi vaginale du doigt introduit dans la plaie. On détermine alors facilement le milieu de la face latérale du vagin, et on procède à l'incision de cette paroi, par ponction au bistouri, à trois ou quatre centimètres au-dessous du col. On agrandit ensuite l'incision aux ciseaux dans l'étendue nécessaire, et au besoin on incise toute la face latérale du vagin, y compris la grande lèvre. De longues pinces hémostatiques maintiennent béants les volets de cette fenêtre vaginale, et on a ainsi sous les yeux, la région juxta-cervicale, et même toute la cloison vésico-vaginale ».

La fistule est devenu accessible, et Michaux la suture par le procédé classique du dédoublement. Il referme ensuite, plan par plan, la brèche ischio-rectale, en laissant un petit drain.

La voie ischio-rectale, qui donne un jour énorme sur les lésions, conserve encore aujourd'hui quelques adeptes. Moins suivie que la voie vaginale, elle est surtout pratique dans le cas de grands délabrements de la région cervicale, quand des brides fibreuses et des

cicatrices multiples empêchent de dilater le vagin, et rendent impossible l'abaissement du col.

LA VOIE TRANSPERITONEALE

Réglée par Dittel et Forgue, en 1893, elle se propose d'aborder la fistule par voie haute et utilise la position inclinée à 45° de Trendelenbourg. Après laparotomie sous-ombilicale médiane et incision du cul-de-sac vésico-utérin, la cloison vésico-vaginale est clivée, et l'orifice vésical ainsi que l'orifice vaginal, suturés séparément. On doit prendre la précaution de décaler réciproquement les sutures, pour éviter leur affrontement.

W. Latzko, de Vienne, cite in « Wiener Klinische Wochenschrift », à la date du 23 janvier 1931, deux observations de fistules vésico-vaginales rebelles, traitées et guéries par une méthode un peu spéciale mais qui tire son principe de celle de Dittel-Forgue ; ces deux observations sont rapportées par M. Gueulette, dans le Journal de Chirurgie de juin 1931, n° 6, tome XXXVII, p. 909.

« Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un accouchement difficile, présente une large fistule avec destruction de la région du col vésical et de la partie supérieure de l'urètre. Plusieurs opérations ont été tentées sans succès. Il existe un tissu de cicatrice épais, qui adhère à gauche à la branche descendante de l'ischion.

« Après désinfection soignée de la vessie, Latzko intervient par voie péritonéale, dissèque vessie et urètre, détruit les adhérences au squelette ; puis il répare la brèche vésicale et est tenu de faire une réimplantation de l'uretère gauche, lésé dans son segment inférieur. Après salpingectomie bilatérale, il interpose le corps utérin entre la face postéro-inférieure de la vessie et la paroi vaginale antérieure qu'il reconstitue. La guérison est obtenue après quelques incidents locaux.

« La deuxième malade présente de même, une fistule vésico-vaginale large, contre laquelle trois interventions chirurgicales ont été suivies d'échecs. Il existe une perte de substance étendue de l'urètre supérieur ; sa place est occupée par un gros bloc fibreux cicatriciel adhérent au squelette. Incision de Schuchardt — Dissection et libération large de la vessie. — Fermeture de la brèche vésicale et de la paroi vaginale antérieure. Reconstitution de l'urètre sur une sonde de Nélaton laissée à demeure ».

De telles opérations réparatrices font honneur au chirurgien qui les pratique, mais ne s'adressent qu'à des cas très particuliers de fistules larges et compliquées de grands délabrements pelviens.

La voie transpéritonéale est une voie exceptionnelle ; rarement pratiquée, elle ne peut comparer le nombre de ses succès à ceux obtenus par voie vaginale, non plus qu'à ceux dûs aux deux méthodes que nous allons maintenant citer : la méthode de Legueu, utilisant la voie

transpéritonéo-vésicale, et la méthode de Marion utilisant la voie transvésicale.

LA VOIE TRANSPERITONEO-VESICALE

La méthode de cure des fistules vésico-vaginales par voie transpéritonéo-vaginale (1), fut créée par M. le Professeur Legueu, en 1919, et exposée par lui la même année dans les « Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie », tome XLV, p. 170.

Elle a donné entre ses mains, de remarquables résultats : 25 guérisons complètes sur 28 fistules opérées, soit 89 pour 100 de succès, mais aussi 2 échecs et une mort. (Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, tome LIV, n° 25, p. 1029, 21 juin 1928).

Sa complexité relative et le danger toujours possible d'une infection du péritoine, fait que l'opération par voie transpéritonéo-vésicale ne peut être pratiquée que par un chirurgien très entraîné, à l'encontre de l'opération de Marion, qui pour la simplicité et la bénignité, vient tout de suite après l'opération de Duboué par voie vaginale.

Avant d'en arriver à celle-ci que nous étudierons assez en détail, nous devons mentionner encore l'opération par voie combinée abdominale et vaginale.

(1) Buzzi. — De la voie transpéritonéo-vésicale, thèse Paris 1923.

LA VOIE ABDOMINO-VAGINALE

Indiquée par Polloson et décrite par Micollier, en 1909, elle est réservée à la cure des grandes fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines, pour lesquelles c'est la mobilisation large des bords de la fistule qui conditionne le bon résultat de l'opération.

Seitz, de Francfort, qui l'emploie, résume ainsi les temps essentiels de son opération (Archiv für Gynakologie, tome CXL., fasc. I, 2 juillet 1930, rapporté par M. Pierre Moquot, au Journal de Chirurgie, tome XXXVI, n° 5, novembre 1930).

PREMIÈRE PARTIE

Mobilisation étendue des bords de la fistule par le vagin, et séparation de la vessie et du vagin sans ouverture du péritoine ; tamponnement.

DEUXIÈME PARTIE

1^{er} temps. — Laparatomie par longue incision longitudinale, position élevée du bassin, et protection de l'intestin par des champs.

2^e temps. — Incision du péritoine vésical jusqu'à l'utérus, dissection de la vessie pour découvrir la fistule.

3^e temps. — Incision de la paroi postérieure de la vessie, depuis le fond jusqu'à la fistule, au besoin, avivement des bords. La malade étant inclinée autant que

possible, et la table très élevée, les bords de la fistule sont saisis dans des pinces, et bien exposés pour que les orifices urétéraux ne soient pas pris dans la suture.

4^e temps. — Suture de la fistule. La partie inférieure est suturée avec un catgut portant une aiguille à chaque bout, et noué à l'extérieur. La suture de la vessie est faite à la manière habituelle. Le péritoine est suturé au-devant de la fistule, et le péritoine utérin réuni au péritoine vésical au-dessus. Si l'utérus est enlevé, le péritoine vésical est suturé à la paroi antérieure du vagin, et le vagin fermé.

5^e temps. — Fermeture de l'incision pariétale, et sonde à demeure.

TROISIÈME PARTIE

Fermeture de la paroi vaginale.

Si nous avons tenu à rapporter les divers temps de cette méthode, c'est surtout pour en opposer la complexité à la grande simplicité du procédé de Marion auquel nous arrivons enfin, et qui nous retiendra longuement.

LA VOIE SUS-PUBIENNE TRANSVESICALE

Cette méthode qui consiste à aborder la fistule par la vessie sans ouvrir le péritoine, a été pratiquée pour la première fois, en 1881, par Trendelenbourg. C'est pour cette opération qu'il essaya la position inclinée à 45°

qu'on emploie aujourd'hui dans toutes les interventions sur les organes du petit bassin. Tendelenbourg eut un échec, mais il avait indiqué la voie et sa méthode fut reprise avec des succès divers par Willy Meyer, Braun, Magdelung, Bardenhauer, Everke, en Allemagne ; Mac Gill, en Angleterre ; Léopold, en Amérique. En France, Pousson, de Bordeaux, qui, dès 1894, emploie la voie transvésicale, enregistre quelques guérisons consignées dans les thèses de Teynac et de Domerg (1895) et publiées au VIII^e Congrès de Chirurgie, à Lyon, en 1894.

Depuis, la méthode a été appliquée à Paris, par Duplay, Segond, Delbet, Schwartz, Imbert ; à Lyon, la thèse de Thiers (1903), présente dix observations de fistules traitées par la voie transvésicale, et Surin, en 1908, en totalise vingt et une. Rochet et Muller (1910), Chevassu (1912), abordent les fistules par cette voie.

Enfin, la technique en est mise au point définitivement par le Docteur Marion, chirurgien des Hôpitaux et Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui l'exposa en 1924 dans un recueil de mémoires originaux dédiés au Docteur Emile Forgue, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, à l'occasion de sa quarantième année d'enseignement.

Cette méthode de traitement des fistules vésico-vaginales, fait, à notre connaissance, l'objet de sept thèses :

- Thèses de Teynac et de Domerg, Bordeaux, 1895.
- Thèse de Thiers, Lyon, 1903.

- Thèse de Surin, 1908.
- Thèse de Francey, Paris, 1914.
- Thèse de Davalos, Paris, 1920, qui présente quatorze observations dues au Professeur Marion.
- Thèse de Viollet, Paris, 1924, travail du service Civile, de l'Hôpital Lariboisière, qui réunit soixante-six observations dont cinquante-quatre dues au Professeur Marion.

Viollet expose, avec détails, sa technique, après avoir fait un remarquable historique de la question. C'est à cet ouvrage et au mémoire original du Professeur Marion paru dans le livre jubilaire de Forgue, que nous empruntons l'exposé de la méthode sus-pubienne transvésicale, appliquée quatre fois depuis 1924, par le Professeur H. Lardennois, à Reims, méthode qui lui donna quatre succès dont nous rapportons ici les observations inédites.

Entre 1912 et 1924, le Professeur Marion a traité cinq à dix fistules vésico-vaginales par an. Souvent ces fistules avaient déjà été opérées par d'autres chirurgiens : c'était des récidives — jusqu'à cinq, six, et même sept fois. — Par l'emploi de la voie transvésicale, il en a guéri les 9/10^e. Les succès obtenus tiennent :

1^o — à ce qu'il est beaucoup plus facile d'aborder la plupart de ces fistules par voie haute que par voie basse.

2^o — à ce qu'on a plus d'étoffe en les avivant par la vessie que par le vagin.

3° — à ce qu'on est capable de repérer les uretères, que l'on peut refouler et écarter, au lieu de les comprendre dans les sutures comme on le fait fatalement, mais sans le savoir, dans certaines fistules latérales opérées par voie basse.

4° — à ce que l'opération est suivie de dérivation des urines par cystostomie, alors que dans la cure par voie vaginale on place toujours une sonde de Pezzer à demeure dans l'urètre. Or, cette sonde nuit à la réparation : le pavillon, en effet, appuie sur la suture de la fistule et la désunit, surtout s'il s'agit de fistules obstétricales siégeant au voisinage du col de la vessie.

INSTRUMENTATION

En plus des instruments contenus dans une boîte courante : bistouri droit, ciseaux, pinces de Péan, de Terrier, de Kocher, écarteurs de Farabeuf, aiguille de Doyen, quelques instruments particuliers sont nécessaires pour se donner du jour, dédoubler la fistule, et la suturer.

Ce sera d'abord l'écarteur vésical de Legueu qui, mis en place après ouverture de la vessie, en expose largement la cavité. Deux bistouris à longs manches et coudés sur le plat, l'un à droite et l'autre à gauche, serviront à tailler les lambeaux du dédoublement des bords de la fistule, saisis par une pince à disséquer à mors très longs. Une aiguille de Reverdin modifiée par Jalaguier, une aiguille latérale à chas mobile semblable à l'aiguille de

J.-L. Faure mais beaucoup plus fine, ou de petites aiguilles très courbes qu'on manœuvre à l'aide du porte-aiguille de Doyen, seront préparées pour les sutures. Des ciseaux très longs et courbes serviront surtout à couper les fils au fond de la vessie.

Il est bon d'avoir à sa disposition un aspirateur électrique avec son manche muni de l'embout en caoutchouc, pour assécher le champ opératoire qu'aveuglerait bientôt l'urine et le sang.

Enfin, chose capitale, on s'inquiètera d'un bon éclairage. Nous donnons la préférence au dispositif « cyclope », constitué par une lampe dépolie de 50 bougies, munie d'un réflecteur et qui s'adapte comme un casque sur la tête de l'opérateur. On y voit ainsi mieux encore qu'avec la lampe asiaticque, et l'appareil présente sur le miroir de Clar, l'avantage d'être plus puissant et de fonctionner directement sur le courant alternatif ou continu de 110 volts, sans l'interposition d'un transformateur encombrant et fragile.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous reproduisons ici le mémoire même du Professeur Marion. Les additions que nous y apportons sont figurées *en italiques*.

Premier temps. — Ouverture de la vessie et mise à jour de la fistule.

Incision abdominale médiane, commençant au bord supérieur du pubis, de dix centimètres environ. *Pendant que le bistouri incise la peau, le Docteur Lardennois*

recommande de la tendre au moyen d'une pince accrochant l'ombilic, et sur laquelle on tire vers le haut. Après section de la ligne blanche on refoulera en haut le tissu prévésical, de façon à refouler avec lui le cul-de-sac péritonéal. Si par hasard un coup de ciseaux malheureux l'a ouvert, on fermera la brèche immédiatement avant de pousser plus avant.

En raison de l'existence de la fistule, il est impossible de remplir la vessie d'eau pour la mettre en évidence. Il est donc nécessaire d'introduire par l'urètre un Béniqué, ou un explorateur de Guyon dans sa cavité, de façon à refouler en haut, la paroi antéro-postérieure. Ce refoulement au Béniqué ne doit pas être considéré comme de toute sécurité, et demande à être fait avec de grandes précautions. Le catheter peut être passé dans le vagin par la fistule, et soulever sa paroi antérieure avec la vessie. Il est bon de s'assurer par le doigt d'un aide, que le Béniqué est bien dans la vessie et pas dans le vagin. D'autre part, lorsque le Béniqué est en bonne place dans la vessie, il ne faut pas croire que fatalement on va ouvrir la vessie sans ouvrir le péritoine. Il arrive en effet que si le péritoine n'est pas suffisamment refoulé, il se trouve projeté avec la vessie par le Béniqué, et l'on entre dans la vessie à travers le péritoine. Accident sans gravité, mais qu'il vaut mieux éviter. Le Béniqué refoulant correctement la vessie, deux fils de catgut sont placés sur elle, de chaque côté de la ligne médiane. Ils prennent toute l'épaisseur des parois, c'est-

à-dire que l'aiguille de Reverdin courbe qui aura été saisir la vessie, aura dû prendre contact avec le Béniqué situé dans son intérieur.

Lorsque la vessie aura été fixée ainsi par ces deux fils, on pourra l'attirer et l'inciser. La vessie ouverte, deux doigts placés dans l'intérieur la soulèveront, et l'on pourra alors décoller davantage le péritoine, et continuer l'incision médiane de la paroi vésicale sur la portion dépourvue de péritoine. Deux nouveaux fils de catgut seront placés sur les lèvres de cette nouvelle incision. Si l'ouverture vésicale n'est pas encore suffisante, on continuera le décollement péritonéal, et l'incision vésicale en haut et en arrière.

Lorsqu'on jugera l'ouverture vésicale assez grande, on placera dans l'intérieur de la cavité, l'écarteur de Legueu. *Moment assez délicat. Il faut que la malade dorme bien, pour que l'on n'ait pas à vaincre la contraction des droits qui expose à des déchirures musculaires, point de départ d'hématomes et cause de suppuration. Il faut que l'ouverture vésicale ait déjà au moins douze centimètres, car il ne faut pas penser l'agrandir en forçant avec l'écarteur. La paroi vésicale, plus élastique que le péritoine, le déchirerait, et lorsque l'intervention sur la fistule terminée on ôterait l'écarteur, on verrait une brèche s'ouvrant dans la grande cavité. Il est plus élégant de ne pas s'exposer à cet accident. Avec des catguts qu'on accroche après l'écarteur de Legueu, on*

ramène en avant la fistule qui devient ainsi moins profonde.

Ceci fait, la paroi vésicale sera séparée du vagin sur une surface aussi large que possible — un centimètre pour commencer — sur tout le pourtour de la fistule. Cette séparation se fera au moyen des bistouris coudés sur le plat que l'on emploie pour le dédoublement des fistules par voie vaginale.

Deuxième temps. — Dissection des lèvres de la fistule.

Tout d'abord, au bistouri, on incisera le pourtour de la fistule, à l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale. En avant et en arrière, on pratiquera un léger débridement de la muqueuse vésicale.

Troisième temps. — Fermeture de la fistule.

Celle-ci est réalisée par deux sutures : la suture vaginale et la suture vésicale. La suture vaginale sera faite au fil de lin. Elle sera pratiquée en cordon de bourse dans la majorité des cas. Ce n'est que dans les fistules très allongées qu'on a recours à la suture à points séparés. Le passage du premier fil est parfois assez délicat. Il faudra utiliser de préférence une aiguille de Reverdin de courbure un peu spéciale, telle que celle qu'emploie M. Jalaguier, pour les réparations des fentes du voile du palais. Cependant, une aiguille de Reverdin, courbe ordinaire, peut très bien être employée surtout si la fistule siège assez haut.

Il importe que l'aide maintienne le fil bien tendu entre les points, sans trop tirer cependant, car les tissus fria-

bles se couperaient : il y arrivera en le saisissant assez bas à l'aide d'une longue pince à utérine, sans gêner l'opérateur dans le champ de l'intervention.

Un fil en bourse sera donc passé sur l'avivement de la paroi vaginale. Une fois ce premier fil noué, il sera très facile, en attirant un peu la paroi, au moyen de ce fil, d'élargir encore le décollement de la vessie et du vagin. Un second fil sera passé sur la paroi vaginale à un demi-centimètre environ du centre, et lorsqu'il sera noué, il enfouira le premier fil qui aura été coupé. Puis, nouveau décollement de la paroi vésicale, nouveau fil. Ainsi la paroi vaginale sera fermée par trois points de suture superposés qui, d'une part, adosseront largement la paroi vaginale, et d'autre part, éviteront les espaces morts entre les parois vésicale et vaginale.

La suture de la paroi vésicale sera réalisée au moyen de catguts fins. Trois ou quatre catguts réuniront en longitudinal, la muqueuse vésicale.

Quatrième temps. — Fermeture partielle de la vessie.

En deux plans, au moyen de catgut. Un premier plan comprendra toutes les couches, les catguts sortant au ras de la tranche muqueuse. Ces catguts seront très fins : n° 1. Le second plan ne comprendra que les couches musculo-cellulaires de la vessie et il enfouira le premier : catgut n° 3. A la partie supérieure de l'incision vésicale, on laissera passage pour le tube vésical qui servira au drainage. Ce tube pourra être une simple sonde de Pezzer coudée, ou mieux, un tube à double

courant. Au-dessous, fermeture partielle de la paroi abdominale au catgut, suture de la peau aux crins.

SOINS CONSÉCUTIFS

Durant les premiers jours qui suivront l'opération, on fera en sorte que la malade reste en position latérale droite ou gauche, plutôt qu'en position dorsale.

Le pansement sera renouvelé tous les jours et la plaie sera largement enduite de pommade au collargol à 15 %, qui en même temps qu'un excellent anti-infectieux, assurera l'étanchéité et évitera à la malade d'être mouillée par l'urine qui s'écoule bien souvent entre le tube de drainage et la paroi. Il ne sera pratiqué par ce tube, que les lavages indispensables pour entretenir sa perméabilité. Au cas où il viendrait à se boucher, on le remplacerait. Les urines seront recueillies dans un urinal et mesurées chaque jour.

Le drainage sus-pubien sera retiré au quinzième jour; alors on remplacera le tube par une sonde de Pezzer mise à demeure dans l'urètre, de façon à provoquer la fermeture de la fistule hypogastrique. Aussitôt que celle-ci sera fermée — *et on hâtera sa fermeture en nitrant deux ou trois jours de suite le trajet* —, on pourra laisser la malade uriner seule.

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION PAR VOIE TRANSVÉSICALE

Si nous nous somme si longuement étendu sur la technique du Professeur Marion en rapportant in-

extenso son mémoire tiré du livre Jubilaire de Forgue, c'est afin de montrer combien le procédé est réglé dans ses moindres détails, et d'insister sur sa relative simplicité, qui devrait le faire plus souvent employer.

Cadre, de Montpellier, juge la voie transvésicale « une méthode de pronostic grave ». Nous pouvons lui répondre par la statistique de Viollet, qui présente cinquante-quatre observations de fistules opérées par le Professeur Marion ou par ses assistants, et comportant quarante-quatre succès immédiats, six cas où une retouche fut nécessaire, et quatre échecs partiels, sans aucun accident. Le Professeur Marion, qui, depuis cette date, a considérablement accru sa statistique, traite toutes ses fistules vésico-vaginales par cette voie. « Ce n'est que pour les fistules situées véritablement trop bas, écrit-il, chez les femmes obèses à vagin large, que je me sers de la voie vaginale, et encore, chez ces malades je pratique la dérivation des urines par voie sus-pubienne ».

Nathan P. Sears, de Syracuse (Etats-Unis), a rassemblé, en août 1929, cinquante cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale. Il notait quarante-trois guérisons définitives, deux succès partiels, et cinq insuccès. Dans ces derniers, le chirurgien eut recours au colpocleisis : trois fois après une seule tentative de suture de la fistule vésico-vaginale, une fois après deux tentatives. Dans un cas, Sippel réussit à fermer ultérieurement la fistule par la voie vaginale. Il y eut trois morts : deux par ligature des uretères, une de cause

indéterminée. Dans quatre cas, il y eut formation d'un calcul vésical qu'on enleva, trois fois par voie sus-pubienne, une fois par l'urètre. Une fistule uréthro-vaginale compliquait la fistule vésico-vaginale dans deux cas. Une deuxième opération transvésicale fut nécessaire dans trois des cas guéris.

Sears conclut : « l'opération sus-pubienne transvésicale donne un gros pourcentage de guérisons, même après l'insuccès de nombreuses opérations vaginales. Elle assure un accès plus facile sur les fistules haut placées dans le vagin, spécialement lorsque l'utérus a été enlevé ».

C'est selon la technique du Professeur Marion, à laquelle il ajouta les quelques artifices opératoires que nous avons indiqués, que le Docteur H. Lardennois opéra les quatre fistules vésico-vaginales dont nous rapportons maintenant les observations inédites — et qui furent quatre succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION 1. — Inédite. — Collationnée dans le service de M. le Professeur Lardennois à la Clinique Chirurgicale, par M. Jolicœur, externe.

B... Maria, épouse L..., 24 ans, entrée dans le service le 16 novembre 1928.

Commémoratifs. — Accouchement laborieux terminé par une application de forceps à la Maternité de l'Hôpital le 6 mai 1928. Les jours suivants, on remarque un écoulement d'urine par le vagin. On place une sonde à demeure dans l'urètre. Le 1^{er} juin, la fistule semblant guérie, on enlève cette sonde, mais l'écoulement reparaît.

Examen. — La malade urine normalement toutes les demi-heures, mais le suintement est continu. Lors d'un premier examen, le 16 novembre 1928, on observe que le vagin est étroit, induré, couturé de cicatrices. Le col a sa lèvre antérieure fendue, et il est très difficile de voir l'orifice de la fistule au milieu de ces replis irréguliers. En injectant une solution de bleu de méthylène dans la vessie, et en essuyant le fond du vagin avec un tampon monté, on constate que l'orifice fistuleux siège très haut dans le cul-de-sac vaginal antérieur, et à gauche, tout près de la fissure de la lèvre antérieure du col utérin. L'urine est trouble, les mictions sont fréquentes et douloureuses.

Pendant quelques jours, on traite la cystite, et suivant la méthode de Berger, on dilate le vagin avec des œufs en bois laissés à demeure.

Après quinze jours, lors d'un second examen, on aperçoit mieux, après injection de bleu de méthylène dans la vessie, l'orifice fistuleux, au fond d'une anfruosité en forme d'entonnoir.

On place la malade en position ventrale, selon la méthode de Depage, mais même dans cette position, il paraît impossible d'aborder la fistule.

C'est pourquoi la voie transvésicale est choisie pour intervenir.

Intervention, le 5 décembre 1928.

Anesthésie générale au mélange de Michel : 30 gr. de chloroforme associés à 150 gr. d'éther extemporanément. On place d'avance un tampon de bleu de méthylène dans le vagin. Grâce à un cathéter de Béniqué introduit par l'urètre, la vessie est ouverte aisément. On la décolle du péritoine, et on l'incise largement. Mise en place de l'écarteur de Legueu. Le docteur Lardennois qui opère, porte un casque « cyclope » ; même avec cet excellent éclairage, on aperçoit difficilement la fistule, petite fente étroite et profondément située à mi-chemin entre l'urètre gauche, et l'urètre.

Incision cernant la fistule et dissection des bords. Isolement des parois vaginale et vésicale.

Fermeture de l'orifice vaginal. — Un surjet au catgut est pratiqué, à l'aide de la petite aiguille à pédale de J.-L. Faure, sur la muqueuse vaginale. Par une traction sur les chefs de ce premier surjet, on attire un cône vaginal que l'on peut isoler encore de la vessie, et invaginer par une seconde suture en cordon de bourse.

Fermeture de l'orifice vésical. — La suture de l'orifice vésical par adossement large des lambeaux disséqués, est assez facile.

L'écarteur est enlevé. Suture de la paroi vésicale antérieure par deux surjets au catgut.

Drainage hypogastrique par une grosse sonde de Malécot coudée.

La malade est placée en position latérale.

Suites opératoires. — Sans incidents notables. Après quarante-huit heures on remarque un écoulement d'urine par le vagin : la sonde était oblitérée par un caillot ; un lavage la débouche, et tout rentre dans l'ordre. Le drainage hypogastrique est maintenu seize jours. On place ensuite pendant quelques jours, une sonde dans l'urètre.

Le 12 janvier 1929, la plaie hypogastrique était cicatrisée, et la malade complètement guérie. Nous l'avons revue plusieurs fois ; la dernière fois, en août 1932 : elle ne présente pas trace d'écoulement vaginal et n'accuse aucun symptôme de cystite.

OBSERVATION II. — Inédite. — Prise dans le service du Professeur H. Lardennois, à la Clinique Chirurgicale.

Madame M..., épouse Sz..., 28 ans, de nationalité polonaise.

Commémoratifs. — Accouchement laborieux, bassin rétréci, à la Maternité de l'Hôpital Civil de Reims. Pubiotomie, extraction au forceps, d'un enfant pesant 3.820 gr., le 28 février 1930.

Examen. — Dans la position de la taille, et mieux encore dans la position de Depage, on aperçoit bien

l'orifice de la fistule qui admet la phalangette. Aussi bien, la malade n'a plus de mictions spontanées, et vide complètement sa vessie par sa fistule. L'urine n'est pas trouble ; l'état général est bon.

Intervention, le 29 mai 1930.

Rachianesthésie : 12 centigrammes de novocaïne, après injection préalable de scopolamine et d'atropomorphine.

On place dans le vagin un tampon de gaze imbibé de bleu de méthylène.

Ouverture de la vessie sur un Béniqué et entre deux anses de catgut. Un, puis deux doigts introduits dans la vessie, on la décolle du péritoine, puis, l'incision agrandie, on met en place l'écarteur de Legueu. Position de Trendelenbourg. Grâce à l'éclairage du casque « cyclope », on aperçoit bien la fistule dont l'orifice vésical rectangulaire mesure 20×8 millimètres. Exposition de la fistule à l'aide d'anses de catgut soulevant la muqueuse vésicale, et attachées aux crochets de l'écarteur.

On aperçoit bien les méats urétéraux et l'origine de l'urètre, car la fistule siège à peu près au milieu du trigône.

Premier temps. — Dédoublement de la fistule et réfection du vagin. On isole les parois vésicale et vaginale. Surjet en cordon de bourse, pratiqué au fil de lin avec l'aiguille latérale de Reverdin sur la paroi vaginale et cernant l'orifice fistuleux. En tirant sur les chefs de

ce premier surjet, on attire un cône de paroi vaginale que l'on décolle encore de la vessie. Sur ce cône, deuxième surjet qui enfouit le premier, et dont on garde les chefs pour faire par la même manœuvre, un troisième surjet.

Il se trouve ainsi qu'on a réuni non des bords, seulement, mais de larges surfaces et la suture y gagne en solidité.

Deuxième temps. — Suture de la paroi vésicale au catgut n° 0, par points séparés, en allant de bas en haut. On place aisément huit points sur cette large brèche.

Troisième temps. — Fermeture en deux plans, de l'incision vésicale : une suture muqueuse non pénétrante à la Lembert, au catgut n° 0. Surjet sur le muscle, au catgut n° 2.

Drainage hypogastrique avec un tube de Marion, gros comme le pouce. La plaie vésicale est fixée à l'aponévrose du grand oblique pour éviter la déhiscence de la cavité de Retzius.

Suites opératoires. — La malade est placée en position latérale.

Au troisième jour, on remplace le drain de Marion par une sonde de Malécot n° 32. Le drainage est maintenu pendant vingt jours, en changeant la sonde tous trois ou quatre jours. Pendant les dix premiers jours, on donne à la malade 1 gr. 50 d'urotropine par jour *per os*, et on lui injecte 1 cc. d'huile goménolée tous les deux jours. Température : 38°5 le premier soir et 38°2

le second soir. On constate un faible écoulement d'urine par le vagin pendant quelques jours, car le premier soir le tube s'étant coudé, ne drainait plus la vessie et l'urine était sous tension. Au vingtième jour, la sonde hypogastrique est remplacée par une sonde urétrale. La fistule hypogastrique se ferme dix jours après, et on laisse la malade uriner seule. Elle sort de la clinique le 5 juillet 1930, complètement guérie. Nous l'avons revue depuis peu, la guérison persiste.

OBSERVATION III. — Inédite. — Obligeamment communiquée par le Docteur H. Lardennois.

Madame R..., 48 ans, envoyée à ma consultation par le Docteur Buchholtz, le 5 février 1925.

Histoire de la malade. — Il s'agit d'une personne, veuve depuis trois ans, opérée il y a dix mois, pour un épithélioma du col, par un chirurgien de l'Aisne. L'écoulement de l'urine par le vagin n'est apparu évident que cinq ou six jours après l'intervention. La malade, fort intelligente et très ingénieuse, arrive à s'accommoder de sa fistule à force de soins. Mais en 1925, elle ébauche un projet de remariage avec un veuf encore jeune, opéré de néoplasme du rectum et porteur d'un anus iliaque gauche. C'est dans le but de réaliser cette union sans doute insolite et quelque peu risquée au point de vue de l'eugénie, qu'elle demande la cure de son infirmité. Mystères insondables du cœur humain !

Examen. — Madame R... est une femme assez bien conservée, de taille élevée et d'une adiposité modérée. Décidée à refaire sa vie, elle se montre courageuse, car on ne lui a pas caché les risques de l'intervention et la possibilité d'un échec. Naturellement, il importe de rechercher s'il n'y a pas à craindre la récurrence de l'épithélioma.

A l'examen, on sent et on aperçoit une large cicatrice vaginale. C'est à l'extrémité droite de cette cicatrice que se trouve la fistule, fistule peu considérable, mais profondément située, et difficilement accessible par le vagin. Etant donné l'étroitesse et la profondeur du conduit vaginal, un chirurgien lui avait proposé le colpocléisis, mais cette occlusion du vagin ne cadrerait pas avec les projets matrimoniaux qu'elle méditait. Le diagnostic de fistule vésico-vaginale était établi par le passage dans le vagin, du lait injecté dans la vessie. Quand la vessie était complètement vide, la fistule tarissait durant une dizaine de minutes.

D'après les commémoratifs, on devait penser qu'à la suite d'une opération de Wertheim, peut-être précédée d'une ligature des hypogastriques, il y avait eu un sphacèle limité de la paroi vésicale. On ne sentait ni masses ganglionnaires, ni traces de récidives du cancer. L'état général était satisfaisant. On ne pouvait refuser à une femme jeune relativement et n'ayant pas encore abdiqué, la guérison de cette pénible infirmité. Mais la profondeur et l'étroitesse du vagin, la situation de la fistule

sur une cicatrice indurée, irritée et enflammée par l'urine, rendait la cure bien aléatoire par voie vaginale. C'est pourquoi je me résolus à entreprendre l'opération par voie transvésicale de Marion.

Intervention. — Le 17 février 1925, avec l'assistance du Docteur Buchholtz et du Docteur Robert Lardennois.

Rachianesthésie: 12 centigrammes de novocaïne après injection de scopolamine-morphine. Anesthésie parfaite. Position en plan incliné. Bon éclairage fourni par le casque cyclope. Un aide est chargé de l'aspirateur. Temps opératoires suivant scrupuleusement la technique indiquée par Marion, mais drainage urétral, la fistule étant située assez loin de l'origine de l'urètre.

Suites opératoires. — Aucun incident particulier. Sortie de la clinique le 9 mars.

Peu après, la malade croit qu'il persiste encore de temps en temps, un petit suintement d'urine au cours de la nuit, ce qu'elle attribue au décubitus dorsal. Sur mon conseil, elle s'efforce d'utiliser le décubitus ventral et de diminuer l'alimentation liquide le soir. Dans les premiers jours de mai, elle était complètement guérie. Mais un an à peine après mon intervention, on constatait une récurrence du cancer utérin, et elle succombait en quelques mois, à des accidents d'urémie par compression des uretères.

Sur mon conseil, elle n'avait d'ailleurs pas donné suite à ses projets de second mariage.

OBSERVATION IV. — Inédite. — Prise par le Docteur J. Billard à la Clinique du Docteur H. Lardennois qui nous l'a obligeamment communiquée.

Madame T..., 46 ans, d'origine italienne mais demeurant à Reims ; n'a jamais eu d'enfants.

Atteinte de fistule vésico-vaginale à la suite d'une opération de Wertheim, pratiquée le 9 juin 1931, par un autre chirurgien, pour cancer du col au début, sous anesthésie rachidienne.

Antécédents. — D'après la malade, écoulement d'urine par le drainage vaginal dès le jour de l'intervention. La fistule s'installe, malgré une sonde à demeure placée dans l'urètre.

Examen. — Le 25 août 1931.

La malade est une femme résistante, assez obèse. Elle est fort affectée par l'écoulement de l'urine qui est surtout abondant la nuit quand elle se place en décubitus dorsal. Dans la journée, si la vessie ne reste pas remplie, grâce à des mictions répétées, l'écoulement par la fistule est beaucoup moins considérable. C'est une preuve qu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale et non pas urétéro-vaginale. Une injection de lait passe facilement dans le vagin.

Au toucher vaginal, on sent la cicatrice de l'hystérectomie. Au spéculum, on voit l'orifice de la fistule, au fond de la paroi antérieure. Elle n'est pas dans la cicatrice vaginale opératoire, qui est conique, resserrée et peu dilatable comme s'il y avait eu ligature par un

cordon de bourse. Elle se présente comme une petite fente transversale de quatre millimètres de largeur. Elle est située à huit centimètres environ de la vulve. La muqueuse vaginale, la vulve et les téguments du périnée sont irrités par l'écoulement, et présentent de l'érythème.

Cystoscopie. — L'examen cystoscopique est possible. La vessie peut contenir, en effet, une certaine quantité d'eau stérile qui ne fuit que lentement par la brèche. L'orifice vésical de la fistule siège à quelques millimètres en arrière de l'orifice urétéral droit, lequel fonctionne normalement. Cet orifice présente les dimensions d'une petite lentille. Autour de lui, la muqueuse vésicale est très rouge et enflammée. Les urines émises sont d'ailleurs un peu troubles. L'état général est satisfaisant.

Madame T..., excédée, réclame une intervention immédiate ; c'est à grand'peine qu'on peut la convaincre de la nécessité d'attendre quelques mois pour obtenir des tissus résistants et assez souples.

Cure radicale de la fistule, le 19 novembre 1931.

Rachianesthésie: 12 centigrammes de novocaïne après une injection préalable de scopolamine-morphine. On avait placé dans le vagin, un tampon de gaze imprégné de bleu de méthylène pour retrouver plus facilement l'orifice de la fistule. Un Béniqué est mis en place par l'urètre dans la vessie. Le siège de la patiente est surélevé par un coussin qui fait ainsi basculer le bassin. Position inclinée modérée. Incision et résection de la

cicatrice de la première laparotomie. La découverte de la vessie est gênée par des adhérences : grâce au Béniqué, on peut la reconnaître et l'ouvrir, la fixer, l'attirer en haut, et la décoller du péritoine. Ouverture très large, maintenue avec l'excellent écarteur vésical de Legueu. L'opérateur porte un casque cyclope qui donne un parfait éclairage. Un aide est chargé de l'aspirateur. Le bleu de méthylène permet de retrouver aisément l'orifice de la fistule. Il est situé à quelques millimètres en arrière du méat de l'uretère droit. Pour l'exposer mieux encore, on attire la paroi vésicale par une anse de catgut dont les chefs sont fixés aux crochets dont se trouve muni l'écarteur de Legueu. On trace autour de la fistule, une incision circulaire à laquelle on ajoute à gauche et à droite, un léger débridement sur la muqueuse vésicale. Dissection de la paroi vésicale sur une surface d'un centimètre de rayon à l'aide des bistouris coudés sur le plat et des ciseaux longs, courbes et fins. La brèche vaginale ainsi dénudée et découverte, est aisément fermée par un solide surjet en cordon de bourse au fil de lin. Les chefs de cette suture sont conservés comme fils de traction. On attire ainsi le cône vaginal pour décoller plus largement la paroi vésicale. On peut ainsi passer à un demi-centimètre en dehors, un second surjet circulaire au fil de lin, qui, bien serré, recouvre et enfouit le premier. Les chefs de ce second sujet servent de tracteurs pour un troisième décollement, et un troisième surjet. Pour

plus de sûreté, un quatrième surjet termine l'occlusion du vagin. Suture de la vessie par une série de points séparés au catgut n° 0, en ayant soin de ne pas froncer ni fermer le méat urétéral voisin.

Pour ces sutures délicates, j'utilise une aiguille latérale à chas mobile, semblable à l'aiguille de J.-L. Faure, mais beaucoup plus fine.

Fermeture de la vessie en deux plans : un pour la muqueuse, un autre pour le muscle. Drainage hypogastrique par une sonde de Malécot n° 30.

L'expérience m'a appris qu'il était nécessaire de drainer avec une grosse sonde pouvant permettre l'évacuation de petits caillots sanguins. Si le tube de drainage se trouve oblitéré en effet, c'est la distension forcée de la suture, et sa désunion fatale. La sonde hypogastrique a deux avantages sur la sonde urétrale : elle est d'un calibre plus grand, et elle est placée loin de nos sutures si fragiles et quelque peu incertaines les premiers jours.

Suites opératoires. — Sans incidents à noter. L'urine, recueillie dans un urinal, d'abord fortement colorée, s'éclaircit peu à peu. La malade prend chaque jour 1 gr. 50 d'urotropine. Le septième jour, la sonde de Malécot est enlevée, et remplacée par une sonde urétrale. Sortie de la clinique le 12 décembre 1931. Guérison complète. La malade a été revue plusieurs fois en 1932. Elle ne présente aucun trouble des fonctions urinaires.

OBSERVATIONS PUBLIÉES PAR LE DOCTEUR H. BLANC
(Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux,
13 décembre 1929)

OBSERVATION V. — Madame L..., 29 ans, nous est adressée par le Docteur Barbarin, de Montembœuf (Charente), le 18 mars 1926. Elle présente, depuis quinze mois, une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux (forceps).

Au toucher vaginal, on sent nettement la fistule, très bas située, dans laquelle l'index s'engage librement.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Désinfection vaginale à la teinture d'iode, et introduction d'un Béniqué dans l'urètre. Incision médiane sus-pubienne et mise en place de l'écarteur vésical. (On aperçoit la fistule, grande comme une pièce d'un franc, située immédiatement en arrière du col vésical). Débridement et dédoublement des deux parois, suivant la technique habituelle. Deux sutures en bourses superposées sont faites au fil de lin sur la paroi vaginale. Au-dessus, le plan vésical est reconstitué par une suture au catgut à points séparés. En avant, la fistule n'a pu être débridée commodément, en raison de sa situation même, car il eut fallu empiéter sur le col vésical.

Après la suture vésicale, l'hémostase est parfaite et les orifices urétéraux sont vérifiés. Fermeture de la vessie en deux plans, et fixation à la paroi. Drainage hypogastrique par sonde de Malécot.

Soins post-opératoires. — Ordinaires, et suites opératoires normales. La malade est couchée dans le décubitus latéro-ventral ; la sonde fonctionne bien ; la température ne dépasse pas 37°9.

Le treizième jour, la malade arrache involontairement la sonde hypogastrique qui ne peut être remise immédiatement. Une sonde urétrale de Nélaton est placée à demeure le lendmemain.

Le dix-huitième jour, poussée fébrile avec sub-ictère, urines acajou, et région vésiculaire très douloureuse. Tout rentre dans l'ordre en quarante-huit heures, et la malade quitte la maison de santé, le vingt et unième jour.

Mictions normales. Cependant, lorsqu'on remplit la vessie, on voit sourdre par le vagin, au niveau d'une cicatrice étoilée, quelques gouttes d'urine. Mais la malade, nullement incommodée, n'a jamais consenti à la petite retouche vaginale proposée.

OBSERVATION VI. — Madame C..., 33 ans, nous est adressée par le Docteur Barthomeuf, de Sanguinet (Landes), le 25 octobre 1929, avec le diagnostic de fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale.

Histoire de la malade. — Elle a eu cinq grossesses. Chaque fois la grossesse a été menée à terme, et il s'est produit un début de travail : expulsion de quelques glaires sanguinolentes, mais l'enfant mourut *in utéro*,

et fut expulsé seulement un mois après. Un traitement spécifique a été institué sans résultat.

La cinquième grossesse se poursuit dans les mêmes conditions, mais dès que le Docteur Barthomeuf constata la souffrance de l'enfant qui allait mourir cette fois encore, il pratiqua délibérément un accouchement artificiel, le 23 juillet 1929. Le col, rigide, est déchiré. Une version est nécessaire sous chloroforme. L'enfant, asphyxié, peut être ranimé. Délivrance normale.

Deux jours après, la femme commence à perdre ses urines par le vagin, et depuis, toute l'urine passe par le bas, aucune miction spontanée ne se produit, les urines sont troubles.

C'est dans ces conditions lamentables que nous voyons la malade.

Elle présente une déchirure très étendue du col utérin, en haut, qui est largement ouvert, et au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, une brèche dans laquelle le doigt s'engage facilement. La malade a une azotémie de 0,35. Nous décidons l'intervention, que nous pratiquons le 30 octobre 1929, à l'Hôpital du Tondu, dans le service de M. le Professeur Duvergey qui veut bien nous aider.

Opération. — Incision hypogastrique, ouverture de la vessie sur Béniqué, et mise en place de l'écarteur vésical. Nous constatons, au milieu du bas-fond, sur la ligne médiane, deux orifices fistuleux, accolés en canons de fusil, séparés par un pont de paroi vésicale et dans

chacun desquels l'extrémité du doigt s'engage facilement. On fait sauter le pont charnu, et on a alors un orifice de la grandeur d'une pièce d'un franc.

Dissection aux bistouris coudés, et séparation des parois vésicale et vaginale. Trois plans successifs, l'un enfouissant l'autre, sont faits pour le vagin au catgut n° 0. La muqueuse vésicale est suturée par-dessus à points séparés. Hémostase soigneuse. Fermeture complète de la vessie en deux plans. Sonde de Pezzer urétrale à demeure. Drain dans le Retzius. Mèche iodoformée dans le vagin.

Suites opératoires. — La malade est mise en position latéro-ventrale. La sonde urétrale, obstruée par de petits caillots, est soigneusement débouchée. Mais au cinquième jour, la malade présente de l'agitation nocturne avec délire, inappétence absolue, vomissements état général grave, pouls rapide, température normale. L'azotémie est à 1 gr. 50, malgré que le taux des urines se maintienne entre 600 et 800 centimètres cubes. Un traitement énergique est institué. En quelques jours tout est rentré dans l'ordre, et l'azotémie tombe à 0 gr. 83. Elle redescend rapidement à 0 gr. 15.

Il se forme alors une petite collection purulente au niveau du Retzius, qui est drainée et que se tarit rapidement. Il persiste pendant quelques jours, une fistule vésico-cutanée qui se ferme peu après.

Bref, le vingt et unième jour, les urines sont claires, la vessie est tout à fait fermée en haut. La sonde urétrale

est définitivement enlevée cinq jours après. A aucun moment, l'urine n'est passée par le vagin depuis l'intervention. La malade urine seule toutes les trois heures. Une vérification vaginale et cystoscopique est faite, et la malade, après être restée huit jours encore en observation, quitte l'Hôpital parfaitement guérie et avec un état général excellent, le 29 novembre 1929.

OBSERVATIONS PERSONNELLES DE NATHAN P. SEARS,
DE SYRACUSE (ETATS-UNIS)

(The american journal of Obstetrics and Gynecology, vol. XXVIII, n° 2, août 1929. — Rapportées par M. Chifoliau, dans le « Journal de Chirurgie », tome XXXV, n° 4, avril 1930).

OBSERVATION VII. — Fistule consécutive à une hystérectomie totale pour cancer du corps de l'utérus. Large de 1 centimètre 1/2 placée au-dessus de l'orifice urétéral gauche. Avivement des bords. Fermeture en trois plans : 1^{er} plan, en bourse sur la paroi vaginale, au catgut chromé ; 2^e plan, en bourse sur la musculature vésicale, au catgut chromé ; 3^e plan, en surjet sur la muqueuse vésicale, au catgut simple. Drainage vésical avec une grosse sonde, pendant dix jours.

Douze jours après l'opération, il y eut un écoulement d'urine considérable [par le vagin]. Le drainage de la vessie fut rétabli pendant dix jours, et la fistule se ferma définitivement.

OBSERVATION VIII. — Malade âgée de 49 ans, qui avait été opérée d'un énorme myôme intraligamentaire. Au cours de l'opération, l'uretère gauche fut coupé. On fit la réimplantation de l'uretère dans la vessie, mais peu après on constata l'écoulement de l'urine par le vagin. Après s'être assuré que l'orifice de l'uretère gauche ne fournissait pas d'urine, et que le rein gauche ne fonctionnait pas, on décida de fermer la fistule vésico-vaginale par voie sus-pubienne.

Même technique que dans le cas précédent.

La patiente fut placée sur le ventre pendant quelques jours, le drainage maintenu pendant 19 jours.

Guérison.

LES OPERATIONS PALLIATIVES

Il nous reste maintenant, pour compléter notre étude des fistules vésico-vaginales, à dire un mot des opérations palliatives auxquelles il faut avoir recours lorsqu'il est impossible de guérir la lésion en conservant à la vessie et au vagin leurs fonctions normales, en dernier ressort, lorsque les récidives trop fréquentes et l'état de délabrement de la cloison contre-indiquent les tentatives nouvelles de restauration.

Il faut alors sacrifier fonctionnellement, un des deux organes : vessie ou vagin. L'épisiorrhaphie et le colpocléisis sacrifient le vagin. La transplantation des uretères sacrifie la vessie et conserve le conduit vaginal. Les unes et les autres de ces interventions trouvent leurs indications particulières.

LE COLPOCLÉISIS

Il consiste à fermer le vagin après avivement de ses parois, par une suture située au-dessous de l'orifice de la fistule. La partie supérieure du vagin au-dessus de la suture, devient un diverticule de la vessie. Cette opération ne s'adresse, en principe, qu'à la fistule chirurgicale, celle qui succède à l'hystérectomie. L'expérience

a montré à quels désordres graves elle expose une femme possédant encore l'utérus et les annexes : rétention du sang des règles, métrite et salpingo-ovarites douloureuses.

Il faut pour réaliser au mieux le colpocleïsis, que la fistule soit large, de façon à ne pas faire du vagin un vase clos, se drainant mal, arrière-bas-fond vésical où pulluleraient bientôt les germes infectieux, où précipiteraient les calculs. Le chirurgien résolu à cette opération devra donc souvent élargir délibérément la fistule.

Dans quelques cas, un colpocleïsis élevé (Pollosson) peut, en conservant la partie inférieure du vagin sur une certaine longueur, délivrer la femme de sa pénible infirmité, en lui assurant encore les possibilités d'une vie génitale restreinte. Mais ce sont là des cas exceptionnels : il est d'ailleurs permis de penser que les fistules traitées par le colpocleïsis élevé auraient pu l'être plus anatomiquement par suture, selon la méthode par voie transvésicale.

L'ÉPISIORRAPHIE

Occlusion définitive de la vulve, pratiquée par Vidal de Cassis, Baker, Brown, l'épisiorrhaphie nous semble plus acceptable que le colpocleïsis. Elle s'applique au cas réellement désespéré de destruction complète de la cloison, par un processus cancéreux ou tuberculeux.

C'est, comme la morphine sur un autre plan, un artifice qui n'a d'autre prétention que de soulager, que d'adoucir un peu les derniers jours d'une malheureuse.

LA TRANSPLANTATION DES URETÈRES

Elle s'adresse plus particulièrement à la fistule obstétricale rebelle ou réellement trop vaste pour être efficacement suturée, à la femme jeune dont l'utérus et les annexes sains n'excluent pas encore l'espoir de maternité.

Ce peut être l'urétérostomie double définitive, ou l'abouchement simple des uretères dans l'intestin (Tichov, Papin) ou enfin la colostomie périnéale postérieure.

L'urétérostomie double définitive constitue une infirmité à peine moins grave que la fistule : elle permet cependant le port d'un appareil collecteur de l'urine.

La transplantation des uretères dans l'intestin, si elle expose à de redoutables accidents d'infection urinaire, n'en constitue pas moins un progrès au point de vue fonctionnel, sur l'urétérostomie. Reuben Peterson dans « American journal of obstetrics and gynecology », vol. XIV, n° 4, octobre 1927, cite deux observations personnelles, rapportées par M. Chifoliau, dans le « Journal de Chirurgie », tome XXXI, n° 3, mars 1928. Il ne nous semble pas inutile de les citer ici :

OBSERVATIONS DE REUBEN PETERSON

OBSERVATION I. — Une femme atteinte depuis 1922, à la suite d'un accouchement laborieux, d'une fistule vésico-vaginale large, avait été opérée à deux reprises

sans succès en 1923, puis en 1925, la deuxième fois par voie abdominale.

De nouveau admise à l'hôpital, en 1926, elle était dans l'état suivant :

Le vagin était rétréci au point de ne pas admettre l'index, et le col, enfoui dans une masse de tissus cicatriciels, ne pouvait être senti, ni vu au moyen du spéculum.

La cure de la fistule vésico-vaginale par une opération plastique, parut impossible, et la transplantation des uretères fut pratiquée le 18 février 1926, par un procédé dérivé de celui de Coffey.

On fit l'anastomose de l'uretère droit avec le colon sigmoïde — extrapéritonéale, — puis un mois après, l'anastomose de l'uretère gauche.

Guérison.

En mars 1927, treize mois après la deuxième transplantation, la patiente est heureuse du résultat obtenu. Elle peut retenir l'urine pendant huit heures et n'urine pas la nuit. L'intestin fonctionne une seule fois par jour. Il n'y a pas de signes d'infection rénale. Le rétrécissement du vagin persiste.

OBSERVATION II. — Une femme de 23 ans, atteinte après accouchement, de fistule vésico-vaginale, subit douze opérations plastiques, y compris l'opération de Ward, pour la réfection de l'urètre. La fistule fut fermée, mais le nouvel urètre était rétréci. Il y avait deux petits orifices à sa base. La malade ne pouvait pas retenir ses

urines quand elle était debout, et elle demanda à être réopérée.

L'uretère droit fut transplanté, le 15 novembre 1926, de la même façon que dans le cas précédent, avec succès complet. Mais à la suite de la transplantation de l'uretère gauche, faite le 2 décembre 1926, il y eut une contamination de la plaie opératoire par le contenu intestinal, et passage d'urines et de matières fécales par la plaie, pendant quelques temps.

La malade quitta l'Hôpital, le 24 février 1927, avec un contrôle parfait de ses urines. En avril 1927, les mictions ont lieu toutes les quatre heures, La patiente se lève une seule fois la nuit, et peut travailler.

Plus satisfaisante encore, parce que plus sûre, n'exposant certainement pas à une contamination des uretères, des bassinets et des reins, est l'opération de Goyanes, citée dans la thèse de Viollet : elle consiste en une « colostomie périnéale rétrograde, avec abaissement du colon pelvien suturé en arrière de l'anus, formation d'un nouvel anus rétro-anal continent, exclusion du rectum, abouchement des uretères dans ce dernier promu à la fonction de vessie continente ».

CONCLUSIONS

Il n'est pas dans nos intentions de prendre position dans la discussion sur la valeur relative de chacune des opérations dirigées contre la fistule vésico-vaginale. Notre expérience par trop restreinte nous l'interdit pour quelques années encore.

Mais si nous avons réussi, en rassemblant des documents épars, à synthétiser ici la question telle qu'elle apparaît aujourd'hui, notre but est réalisé.

Toutefois, à la suite de cette étude, nos préférences inclinent vers le procédé de Marion, et c'est l'opération par voie sus-pubienne transvésicale que nous recommanderons.

D'abord parce qu'elle est inoffensive. — La patiente qui s'y livre ne court jamais d'autre risque que celui minime de l'anesthésie, commun à toutes les autres interventions. L'opération par voie transpéritonéo-vésicale, de l'avis même de Monsieur le Professeur Legueu, n'est pas toujours sans danger, et l'opération par voie

vaginale est aveugle, exposant à la ligature des uretères et même à la blessure d'une anse intestinale.

Ensuite parce qu'elle est simple. — Aussi simple que l'opération par voie vaginale, suture après dédoublement. L'ouverture de la vessie n'est pas à considérer comme une complication ; la cystostomie hypogastrique est entrée dans la pratique courante, aussi l'opération de Marion peut-elle être exécutée partout, à l'encontre de l'opération par voie transpéritonéo-vésicale.

Enfin parce qu'elle est la plus efficace. — Nous n'en voulons donner comme preuve que les chiffres suivants, extraits :

- de la thèse de Viollet concernant l'opération par voie sus-pubienne transvésicale.
- du rapport de M. Legueu, aux Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, tome LIV, n° 25, 21 juillet 1928, concernant l'opération par voie transpéritonéo-vésicale qu'il a créée, et l'opération par voie vaginale qu'il pratique, avec M. Bengoléa, de Buenos-Ayres.

Viollet, sur un total de soixante-six observations de fistules, opérées par la voie sus-pubienne transvésicale, enregistre soixante-trois guérisons, soit 96 %.

M. Legueu, par la voie transpéritonéo-vésicale, obtient vingt-cinq guérisons complètes sur vingt-huit fistules opérées, soit 89 % et par la voie vaginale, trente succès

après une seule intervention sur cinquante-cinq fistules opérées, soit 54 %.

M. Bengoléa, enfin, utilisant la voie vaginale, ne compte sur vingt-sept opérées que dix-huit, seulement, guéries à la première intervention, soit 64 %.

Vu

LE DOYEN
BALTHAZARD.

Vu

LE PRÉSIDENT DE THÈSE
MARION

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONOPOULOS. — Presse Médicale, 19 octobre 1932.
- BEGOUIN et PAPIN. — *Maladies de l'appareil génital de la femme* (in précis de pathologie chirurgicale, tome V, chap. VIII).
- BENGOLEA (Buenos-Ayres). — *Valeur comparative des opérations pour fistules vésico-vaginales* (communication à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, séance du 21 juin 1928, rapport de M. Legueu (in bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, tome LIV, n° 25, 21 juillet 1928, p. 1027-1030, discussion *ibidem*, p. 1030 — Dumont).
- BISSEL. — *Fistules vésico-vaginales* — in the american journal of Surgery (New-York), vol. VII, n° 2, août 1929.
- BITSCHAI. — *Fistules vésico-vaginales, traitement conservateur* (Zentralblatt für Gynakologie Leipzig an. LV, n° 10, 7 mars 1931).
- BLANC H. — *Deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par voies transvésicale* (in Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 13 décembre 1929).

- BÆKEL. — *Quelques remarques au sujet du traitement des fistules urétéro-vaginales après hystérectomie pour cancer du col.* (Société d'Ostétrique et de Gynécologie de Paris, 4 mai 1929).
- BUZZI R. — *De la voie transpéritonéo-vésicale.* Thèse Paris 1923.
- CADRE G. — *Cure des fistules vésico-vaginales.* Thèse Montpellier, 1913.
- COLOMBINO C. (Milan). — *Contribution au traitement des fistules vésico-urétéro-vaginales.* (Annali di Obstetricia e Ginécologia an. L., n° 5, 31 mai 1928, p. 508-516). Rapporté par M. André Guibal au Journal de Chirurgie, tome XXXII, n° 4, octobre 1928.
- DAVALOS. — *De la voie sus-pubienne transvésicale dans la cure des fistules vésico-vaginales.* (Thèse Paris, 1920).
- DENIKER et LE GAC. — *Notes sur deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale.* (Société de Chirurgie de Paris, 2 mars 1927, rapport des Descomp).
- DUPIN. — Thèse Bordeaux, 1906.
- FAURE J.-L. — *Sur quelques points de technique dans le traitement du cancer du col utérin* (in livre jubilaire de Forgue).
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*

- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*. (Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, p. 102).
- FORGUE. — *In* encyclopédie française d'urologie. (Paris, 1921, tome IV, p. 677-713).
- FRANCEY. — *Traitement des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale*. (Thèse Paris, 1914).
- GOURDET. — *Opération de fistules vésico-vaginales sur un désenclaveur spécial*. (Gazette médicale de Nantes, 1^{er} novembre 1931, n° 21).
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.
- LEGUEU F. — *Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales*. (La Clinique, 11 avril 1913).
— *De la voie transpéritonéo-vaginale, pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales*. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1919, XXIV, p. 171).
— *Traitement des fistules vésico-vaginales opératoires*. (Société Française d'Urologie, 16 juin 1919).
— *Traité Chirurgical d'Urologie*. (Paris, 1921, p. 1608 et 1614).
— Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, tome LIV, n° 25, 21 juillet 1928, p. 1027-1030.
- LEGUEU et MICHON. — *In* traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, tome XXX, p. 62.

- LATZKO W. (Vienne). — *Contribution au traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales compliquées*. (Wiener Klinische Wochenschrift, an. XLIV, n° 4, 23 janvier 1931, p. 103-106, rapporté par Gueulette au Journal de Chirurgie, tome XXXVII, n° 6, juin 1931).
- LENORMANT Ch. et R. LEIBOVICI. — *Les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie*. — Rapport de H. Mondor, au Journal de Chirurgie, tome XXV, n° 6, juin 1925.
- MAIRE. — *Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales — traitement par voie basse*. (Thèse, Paris 1926, n° 132).
- MARION. — *Traité d'urologie*. (Paris, 1921, p. 534 et 933).
— *Technique chirurgicale*, tome II ; *cure des fistules vésico-vaginales*.
— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 31 janvier, 1912.
— Annales de la Faculté de Médecine. (Montévidéo, 1917, IV, p. 765).
— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1920, XLVI, p. 331 — discussion J.-L. Faure, Heitz-Boyer, Chevassu, Tuffier, Delbet.
— *De la cure des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale* : in livre jubilaire offert au Professeur Emile Forgue à l'occasion de sa quarantième année d'enseignement, novembre 1924.

- POUSSON A. — *Précis des maladies des voies urinaires.*
- PROUST et CHARRIER. — *Chirurgie de l'appareil génital de la femme.*
- PAWLOVSKY. — *Fistules vésico-vaginale.* (Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos-Ayres, t. XV, n° 18, 19 août 1931).
— *Fistule vésico-vaginale incurable.* (Boletín de la Sociedad de Obstetrica y Ginecología de Buenos-Ayres, t. X, n° 6, 30 juillet 1931).
- REUBEN PETERSON. — (Ann. Arbor, Michigan). — *Transplantation des uretères dans l'intestin, pour assurer le contrôle d'un sphincter urinaire dans la fistule vésico-vaginale incurable.* (American journal of obstetrics and gynecology, vol. XIV, n° 4, octobre 1927, p. 492-498). Rapporté par Chifoliau, au Journal de Chirurgie, tome XXXI, n° 3, mars 1928.
- SAENGER (Munich). — *Du traitement opératoire et post-opératoire des fistules vésico-vaginales et vésico-cervicales.* (Compte rendu du XXI^e Congrès de la Société Allemande de Gynécologie, in Archiv für Gynakologie, tome XXXVII, fasc. III, 1929, p. 921-924). Rapporté par Moquot au Journal de Chirurgie, tome XXXVI, n° 1, juillet 1930.
- SCHIFFMAN et SZAMEK. — *Connaissance et genèse des altérations inflammatoires et purulentes du rein, après fistule urétéro-vaginale.* (Wiener

Klinische Wochenschrift, tome XXXVIII, n° 23, 6 juin 1925, p. 644-649). Rapporté par A. Richard au Journal de Chirurgie, tome XXVII, n° 6, juin 1926.

SEARS Nathan P. (Syracuse, Etats-Unis). — *L'opération sus-pubienne transvésicale de la fistule vésico-vaginale*. (The american journal of obstetrics and gynecology, vol. XVIII, n° 2, août 1929, p. 267-273). Rapporté par Chifoliau au Journal de Chirurgie, tome XXXV, n° 4, avril 1930.

SEITZ (Francfort-sur-le-Mein). — *De l'opération des grandes fistules vésico-vaginales par voie combinée abdominale et vaginale, avec large ouverture de la vessie*. (Archiv für Gynakologie, tome CXLII, fasc. I, 2 juillet 1930, p. 74-77). Rapporté par Moquot au Journal de Chirurgie, tome XXXVI, n° 5, novembre 1930.

SMILYANITSCH (Madame). — *Cure des fistules vésico-vaginales opératoires*. (Thèse Nancy, 1923).

SCHWEITZER. — *Sur l'opération des fistules vésico-vaginales* (Zentralblatt für Gynakologie Leipzig, an. LV, n° 10, 7 mars 1931).

TOUPET. — *Deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale*. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, Paris, 1921, XLVII, p. 930 : rapport de Marion).

WATKINS Th. J. (Chicago). — *Utilisation de la dissection complète de la paroi vaginale antérieure, pour fermeture de la fistule vésico-vaginale.* (Surgery, Gynecology and obstetrics, vol. XL, n° 2, février 1925, p. 274-278). Rapporté par Guibé au Journal de Chirurgie tome XXVI, n° 1, juillet 1925.

